



คู่มือแนวทางการพัฒนา

สำหรับให้พื้นที่ศึกษาก่อน



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

(รพ.สต.ติดดาว)

ปี 2564





รพ.สต.ติดดาว



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี

คำนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ในปี 2551 ยกกระดับสถานีนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งภาครรัฐและเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพอย่างเพียงพอทั่วถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (PP&P, Service, People, Governance) และจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี 2564-2565 ทั้ง 9 ด้าน ในส่วนของระบบปฐมภูมิ (Primary Care) มุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ได้ผนวก 3 ประเด็นหลัก คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ : คลินิกหมอครอบครัว ทั้งประเภท หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit) โดยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน และ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ : รพ.สต.ติดดาว การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) หนังสือเล่มนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ซึ่งเนื้อหาหลักประกอบด้วยเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว แนวทางการพัฒนาและการประเมินคุณภาพ รพ.สต. ปี 2564

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2564 เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การบริการปฐมภูมิ มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นพื้นฐานสู่การพัฒนาคุณภาพอื่น ๆ ต่อไป

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ธันวาคม 2563



สารบัญ

| | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| ค่านิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ค |
| บทที่ 1 แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว | 1 |
| บทที่ 2 ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว | 3 |
| บทที่ 3 เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว | 12 |
| แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564 | |
| หมวด 1 บริหารดี | |
| การนำองค์กรและการจัดการดี | 12 |
| หมวด 2 ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม | |
| การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | 23 |
| หมวด 3 บุคลากรดี | |
| การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล | 25 |
| หมวด 4 บริการดี | |
| การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย | 28 |
| หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี | |
| ผลลัพธ์ | 101 |
| แบบสรุปคะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564 | 110 |
| บทที่ 4 แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว | 119 |
| ภาคผนวก | |



ค่านิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข



บทที่ 1

แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยาย การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานอนามัยได้มีการยกระดับมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการให้บริการเพิ่มมากขึ้น ในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพ ที่จำเป็นได้ ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการได้ สะดวกมากขึ้น แต่สัดส่วนบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับภาระงานและจำนวนประชากรที่รับผิดชอบตามการแบ่งขนาด รพ.สต. S M L โดยระดับ S รับผิดชอบดูแลประชากรน้อยกว่า 3,000 คน มีบุคลากรประมาณ 5 คน ระดับ M รับผิดชอบดูแลประชากร 3,000 - 8,000 คน มีบุคลากรประมาณ 8 คน ระดับ L รับผิดชอบดูแลประชากรมากกว่า 8,000 คน มีบุคลากรประมาณ 11 คน (อ้างอิงจากกองทุนศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข) จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว เพื่อการจัดบริการให้สอดคล้องกับขนาดของ รพ.สต. และจำนวนบุคลากร ที่มีอยู่

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีที่สุดในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ในขณะเดียวกัน บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มีค่านิยมในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้าน โดยนำตัวย่อจากชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือบุคลากรเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะโลก โภจร หลง ให้ได้ 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 เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วย บริการปฐมภูมิ ในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้ง การบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร เกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการประจำและหน่วย บริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจัดการบริการ (ทรัพยากร บุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและ คุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการเกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการ ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการ ความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ไปใช้ในการ ทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมี ความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน

และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration)

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



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

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

บทที่ 2

ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

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

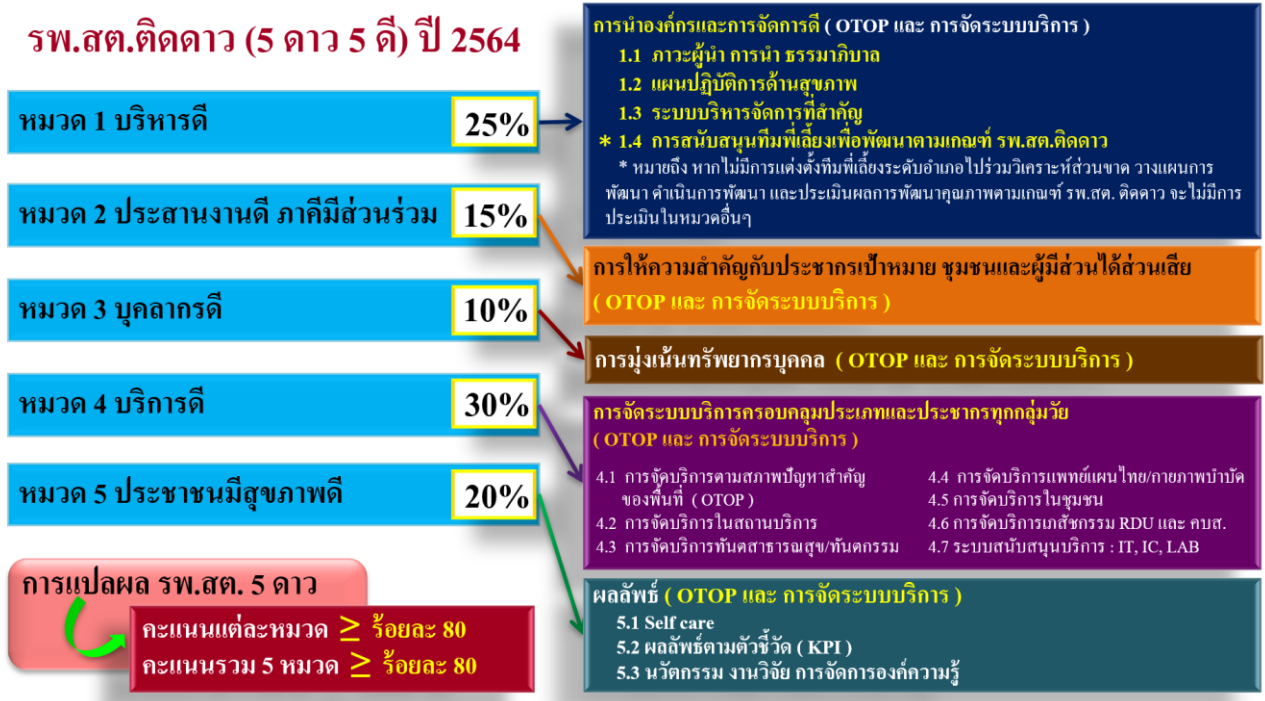
เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศ ตั้งแต่ ระดับ รพ.สต. เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีการพัฒนาความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service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

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



| การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) | แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง2. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัวแบบผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง3. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันการณ์4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน | |
| <p>ตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกันการสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.</p> | People excellence |
| <ol style="list-style-type: none">1. การจัดระบบสนับสนุนบริการ (ควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ)<ol style="list-style-type: none">1.1 การจัดการสิ่งแวดล้อม1.2 ระบบเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)1.3 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา คัดกรองผู้บริโภคร และ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use: RDU)1.4 การจัดระบบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB)1.5 การจัดหา บำรุงรักษา สอบเทียบ การซ่อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์2. การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน/วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผลมิติด้านคุณภาพ การให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน | Service excellence |

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



ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยใน

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

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

H คือ Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เกณฑ์คุณภาพ ในหมวด 2 การประสานเครือข่ายได้ ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำให้การทำงานราบรื่น

สุดท้ายผลการพัฒนาก็จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีในที่สุด

เอกสารอ้างอิงอื่นๆ ในการพัฒนาเกณฑ์ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อลด ความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว เช่น

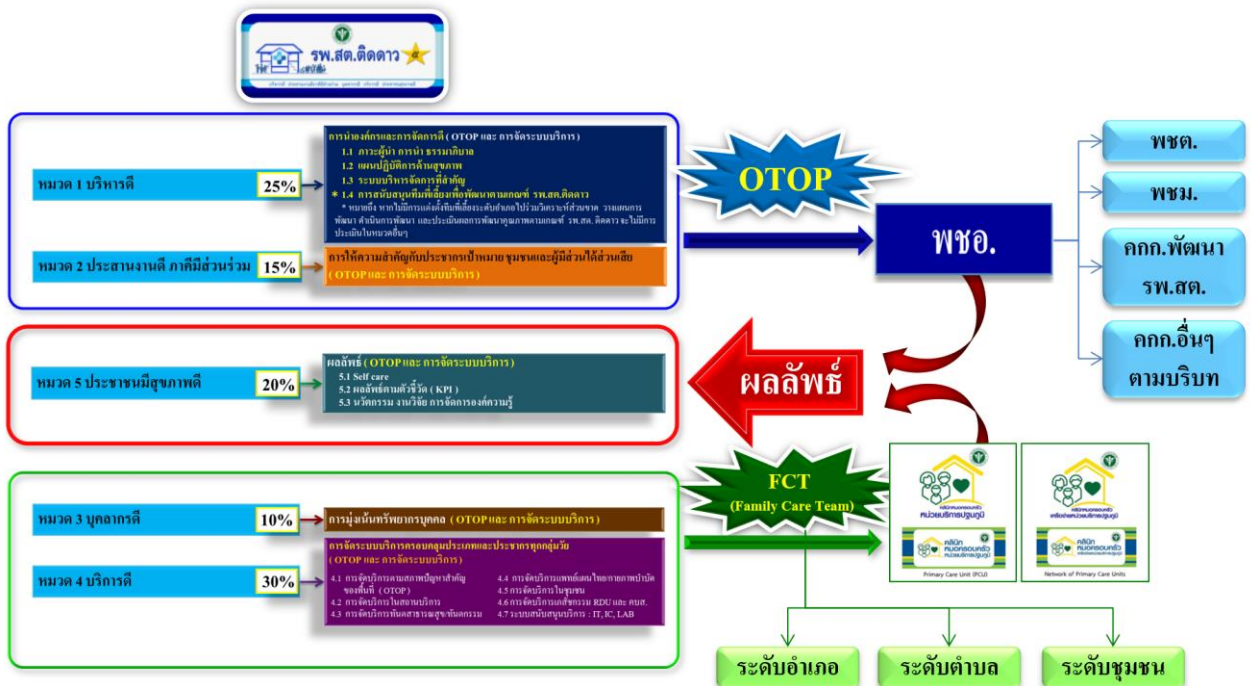
1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS-PCA)
2. เกณฑ์การประเมินคัดเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ดีเด่น/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ดีเด่น ปี 2559
3. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 / จังหวัดสิงห์บุรี/ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2559
4. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่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

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ-ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ด้วยการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการ บูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนด้วยกระบวนการ UCCARE
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และมีเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ
3. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

โดยมีความคาดหวังว่า ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5 ดาว 5 ดี) ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อยคือ

1. ประชาชนได้รับการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วม สามารถจัดการเรื่องระบบบริการ การเงิน โครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ รวมถึงระบบสนับสนุน ทำให้หน่วยบริการทำงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ
2. หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง
3. บุคลากรที่ให้บริการมีเพียงพอเหมาะสม มีศักยภาพ และมีความสุขในการให้บริการ รวมถึงมีกลไกทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งมีความสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้
4. ประชาชนจะได้รับบริการที่ดี ตอบสนองกับปัญหาในพื้นที่ การบริการในและนอกหน่วยบริการ มีครบถ้วนตามความจำเป็น ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู ควบคุมโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย
5. ประชาชนมีสุขภาพดี มีกลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมีการติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อนำไป พัฒนานวัตกรรม การจัดการความรู้ นำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป
6. พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. และภาคีเครือข่าย ด้วยเกณฑ์คุณภาพ 5 ดาว เพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ ระบบที่มีมาตรฐาน ทีมหมอครอบครัวที่เข้มแข็ง (FCT ทั้งระดับอำเภอ ตำบลและชุมชน) ภาคีเครือข่ายที่มีร่วมมือร่วมใจในบทบาทของคลินิกหมอครอบครัว ทั้งประเภท หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network of Primary Care Unit)



เนื้อหาของมาตรฐานในแต่ละหมวดมีดังต่อไปนี้



ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา แต่การมีภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญเช่นกันแม้ไม่ได้เป็นผู้บริหารก็ตาม เช่น สามารถประสานงาน ผู้บริหาร ภาควิชาหรือช่วย ให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น ผู้นำหรือทีมพี่เลี้ยง มีนโยบายที่ชัดเจนและมีช่องทางการสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้นำของภาควิชาหรือช่วย มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการทำงาน มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมาย ระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคม โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดูแลกันในชุมชนให้มีสุขภาพดี

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

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

* หากไม่มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอไปร่วมวิเคราะห์ส่วนขาด วางแผนการพัฒนา ดำเนินการพัฒนา และประเมินผลการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จะไม่มีการประเมินในหมวดอื่น ๆ

หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (OTOP และ การจัดระบบบริการ)

1

- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (ตามปัญหาสำคัญของพื้นที่ OTOP)
- มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา
- ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด/วางแผนงานกิจกรรมด้านสุขภาพ
- มีช่องทางการประสานงานภายในเครือข่ายและภายนอกเครือข่าย

2

- จัดทำแผนงานโครงการ
- ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ
- มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่ร่วมกัน

3

- ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ
- ร่วมรับรู้ โดยมีกระบวนการค้นหา ทบทวนปัญหา โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (ประชาคม / SRM / ธรรมนูญสุขภาพ)
- ร่วมทำกิจกรรมดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)
- ร่วมประเมินผล

4

- ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ดีขึ้น
- ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมทบทวน ร่วมรับผิดชอบและตรวจสอบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ได้และปรับปรุงร่วมกัน
- มีการประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายต่อการทำงานร่วมกันกับรพ.สต.

5

- มีการนำข้อเสนอแนะ/ข้อร้องเรียน พัฒนาการจัดระบบบริการและความพึงพอใจที่ดีขึ้น
- ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ร่วมเป็นเจ้าของในการจัดการปัญหาสุขภาพที่ต่อเนื่อง และบูรณาการกับงานบริการอื่น
- สามารถเป็นแบบอย่างในการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)

ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่าย และภาคีเครือข่าย มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างความร่วมมือ ร่วมกันคิดค้นหา ความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผนโครงการแก้ไขปัญหา ร่วมกันทำ ร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึงประเมินผล และเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน

นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้วการประสานภายใน คปสอ. หรือ รพ.สต. มีแนวทาง ชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมตามบริบท

หมวด 3 บุคลากรดี

การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (OTOP และ การจัดระบบบริการ)

1

มีผลการวิเคราะห์ Happinometer/ มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร และผลการวิเคราะห์องค์กรด้านอัตรากำลังเปรียบเทียบตามกรอบของขนาด SML เริ่มมีแนวทางหรือวิธีการดำเนินการดูแลพัฒนาวางแผนการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่ายร่วมกัน

2

การขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการร่วมกันในการใช้ทรัพยากรและพัฒนาศูนย์บุคลากรในบางประเด็น ได้แก่ ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) หรือบางระบบของการจัดระบบบริการ

3

มีการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา มีการใช้ทรัพยากรและพัฒนาศูนย์บุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตามบริบท และความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการจัดระบบบริการ

4

มีการเรียนรู้ ทบทวนกระบวนการดูแลพัฒนาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ สร้างความพึงพอใจ และความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทร่วมกัน มีการปรับปรุงการใช้ทรัพยากรพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

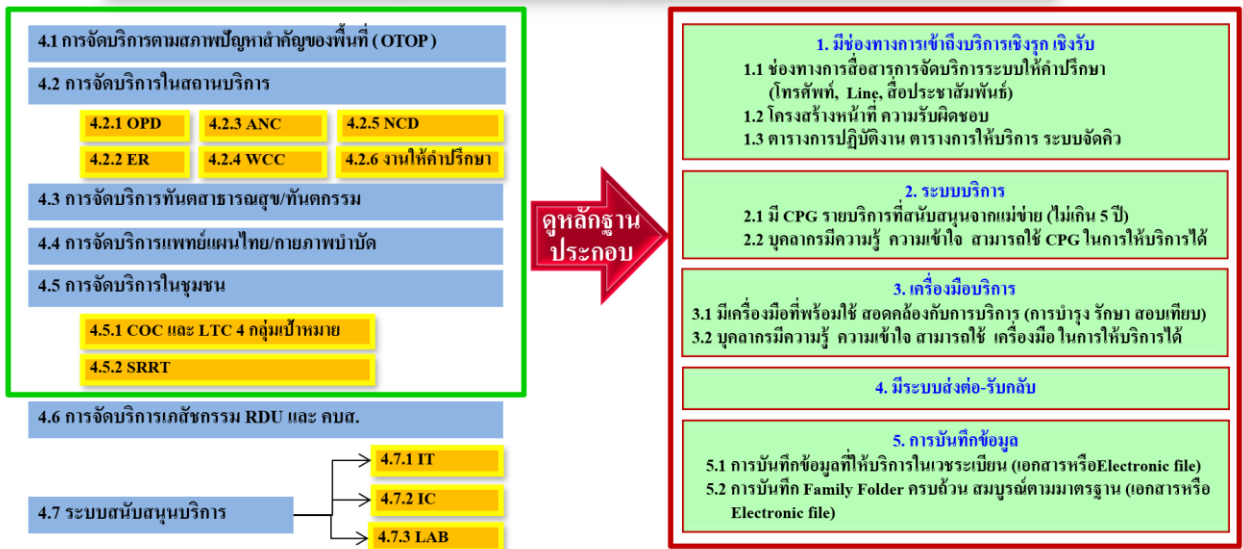
5

สร้างวัฒนธรรมให้บุคลากรมีความสุข เกิดความพึงพอใจ มีความผูกพันกับองค์กรภูมิใจ และรับรู้คุณค่าในการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การให้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไขปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการจัดระบบบริการอย่างยั่งยืน

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

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย (OTOP และ การจัดระบบบริการ)



หน้าที่สำคัญของ รพ.สต. คือ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

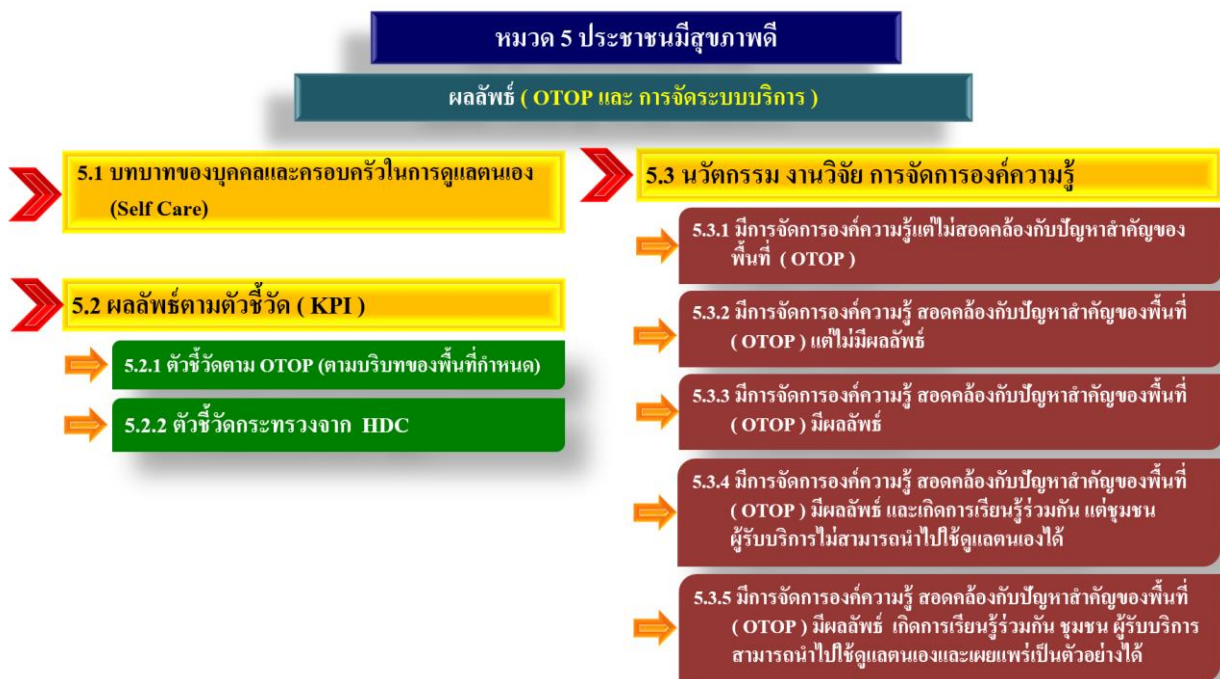
การพัฒนางานเชิงรับในสถานบริการ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการด่านหน้า สามารถให้บริการที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และทุกกลุ่มวัย ได้แก่ การบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน การฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพ เด็กดี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

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

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

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

เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้รับบริการครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ ไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ขนาดใด



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

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

บทที่ 3

เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมภิบาล

1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร

| เกณฑ์ | คะแนน | | | | | คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| มีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) และมีการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ | 1. มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกัน และดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ | 2. มีข้อ 1 และมีการกำหนดและการถ่ายทอดทิศทางทำงานร่วมกันเป็นทีม | 3. มีข้อ 1, 2 และมีการดำเนินการร่วมกันเป็นทีมอย่างมีจริยธรรม และ มีการสนับสนุนต่อชุมชน | 4. มีข้อ 1, 2, 3 และมีการกำกับติดตามดูแลอย่างเป็นระบบ | 5. มีข้อ 1, 2, 3, 4 และมีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขอย่างต่อเนื่อง | คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นคณะกรรมการที่บริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ ประกอบด้วย คณะกรรมการจากหน่วยงาน รพช. รพท. หรือ รพศ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ในการบริหารจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ ประกอบด้วย การวางแผน ควบคุมกำกับ นิเทศติดตาม สนับสนุน และ ประเมินผลสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขในอำเภอ คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือคณะกรรมการบริหาร รพ.สต. เป็นคณะกรรมการสร้างความร่วมมือให้ รพ.สต. สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายบริการ การประสาน เชื่อมต่อกับหน่วยงาน องค์กรเครือข่ายต่างๆ ให้บริการ |



| เกณฑ์ | คะแนน | | | | | คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | | | | | <p>ร่วมกัน รวมถึงสนับสนุนด้านทรัพยากรจากทุกภาคส่วน อาทิ บุคลากร หรืองบประมาณภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน ชุมชน ในการเข้ามาร่วมกัน สร้างสุขภาพของประชาชนในเขตบริการของ รพ.สต</p> <p><u>คณะกรรมการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่</u> หมายถึง คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ ประกอบด้วย ตัวแทนแต่ละกลุ่มตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ เช่นตัวแทนประชาชน/ อสม./ ผู้นำชุมชน/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น / ราชการส่วนภูมิภาค และ องค์กรเอกชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ สนับสนุนการดำเนินงาน ตลอดจนการกำกับดูแล ให้เกิดความรู้สึกรู้สึกความเป็นเจ้าของ เพื่อร่วมพิจารณาแก้ไข ปัญหาในพื้นที่</p> |
| เอกสารที่เกี่ยวข้อง | มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. หรือ คณะ กรรมการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่ และมี บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน | รายงานการประชุม คณะกรรมการ ประสานงาน สาธารณสุขระดับ อำเภอ (คปสอ.) คณะกรรมการ พัฒนา รพ.สต. หรือ คณะกรรมการแก้ไข ปัญหาระดับพื้นที่ | รูปภาพกิจกรรม/ การบันทึก การให้ การสนับสนุน ชุมชน | สัมภาษณ์/ สอบถาม ผู้เกี่ยวข้อง | - สัมภาษณ์/ สอบถาม ผู้เกี่ยวข้อง - เอกสารสรุปผล การดำเนินงาน และแผนแก้ไข - รูปภาพ กิจกรรม | |
| คะแนนที่ได้ | | | | | | |



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ

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



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/ค่านิยาม |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2 แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ | | | | | |
| | 1.2.2 การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ | 5 | | <ul style="list-style-type: none">- แบบประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดของ รพ.สต.- สอบถาม/สัมภาษณ์การนำแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ | การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่สำคัญสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการบุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ |
| | การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ | | | | |
| | มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ | | | | |
| | (1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) | 1 | | | |
| | (2) มีข้อ (1) และมีจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ | 2 | | | |
| | (3) มีข้อ (1), (2) และถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ | 3 | | | |
| | (4) มีข้อ (1), (2), (3) และกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ | 4 | | | |
| | (5) มีข้อ (1), (2), (3), (4) และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติได้ | 5 | | | |
| | รวมคะแนน | 10 | | | |



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

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

| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนน | | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | เต็ม | ได้ | | |
| 1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ | | | | - เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สอบถาม/สัมภาษณ์ | <u>การจัดการทรัพยากร</u> <u>เพื่อสนับสนุนระบบบริการ</u> <u>จากแม่ข่าย</u> หมายถึง การสนับสนุนระบบ บริการจากแม่ข่าย ครอบคลุม งาน IT, IC, LAB, เครื่องมือ บริการ, เกสซ์กรรมและ RDU/ คบส. โดยการควบคุมกำกับ ติดตาม นิเทศงานดำเนินการ ตามแผนที่กำหนดไว้ |
| | 1.3.2 มีการจัดการทรัพยากร (เพื่อสนับสนุนระบบบริการจากแม่ข่าย IT, IC, LAB, เครื่องมือบริการ, เกสซ์กรรมและ RDU/ คบส.) | 5 | | | |
| | 1. มีแผนการจัดสรรงบประมาณ/วัสดุ/ครุภัณฑ์/เครื่องมือบริการ | 1 | | | |
| | 2. มีแผนพัฒนาบุคลากรจากแม่ข่าย | 1 | | | |
| | 3. มีแผนสนับสนุน/หมุนเวียนบุคลากร | 1 | | | |
| | 4. มีแผนการสอบเทียบ/แผนการบำรุงรักษาเครื่องมือ | 1 | | | |
| | 5. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน | 1 | | | |
| รวมคะแนน | | 5 | | | |



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม

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



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



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



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|---------------------------------------------------|
| 1.3 ระบบบริหารจัดการที่สำคัญ | | | | |
| 1.3.3 การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม | | 30 | | |
| 5 | รพ.สต. จัดให้มีการจัดน้ำอุปโภค บริโภค เพียงพอในการให้บริการตามสภาพพื้นที่ | 3 | | - เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์ |
| | รพ.สต. จัดให้มีการจัดน้ำอุปโภค บริโภค เพียงพอในการให้บริการตามสภาพพื้นที่ | 3 | | |
| | 5.1 มีน้ำอุปโภค บริโภค ปริมาณเพียงพอตามสภาพพื้นที่ | 1 | | |
| | 5.2 จัดให้มีจุดบริการน้ำดื่มอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้มารับบริการ | 1 | | |
| | 5.3 มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนแบคทีเรีย (๑11) ณ จุดที่ให้บริการน้ำดื่ม ความถี่ 6 เดือน/ครั้ง | 1 | | |
| รวมคะแนน | | 30 | | |



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี

การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว

| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.4 การสนับสนุนทีมพี่เลี้ยงเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว | | | | |
| | 1. มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอครอบคลุมตามรายหมวดและแต่ละเกณฑ์ | 1 | | - การสัมภาษณ์/สอบถามทีมพี่เลี้ยง |
| | 2. มีข้อ 1 มีการประชุมทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ เพื่อร่วมกันวางแผนการพัฒนา | 2 | | - เอกสารที่เกี่ยวข้อง |
| | 3. มีข้อ 2 และมีแผนการดำเนินงาน | 3 | | - คำสั่งแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ |
| | 4. มีข้อ 3 และมีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ | 4 | | ***** หากไม่มีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอไป |
| | 5. มีข้อ 4 และมีการสรุปผลการพัฒนาครอบคลุมตามรายหมวดและแต่ละเกณฑ์ | 5 | | ร่วมวิเคราะห์ส่วนขาด วางแผนพัฒนา ดำเนินการ พัฒนาและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว จะไม่มีการประเมินในหมวดอื่นๆ |
| | | | | หมายเหตุ การแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อลงพัฒนาให้ยึด ตามบริบทพื้นที่ ไม่จำกัดจำนวนบุคลากรในทีมพี่เลี้ยง แต่ขอให้มืบทบาทการพัฒนาเชิงประจักษ์ |
| | คะแนนรวม | 5 | | |

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม

การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

| เกณฑ์ | ขั้นที่ 1 | | ขั้นที่ 2 | | ขั้นที่ 3 | | ขั้นที่ 4 | | ขั้นที่ 5 | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------|---|-----------|---|
| | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 |
| หมวด 2 ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม การให้ความสำคัญ กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย Customer Focus Community Participation | <ul style="list-style-type: none"> - มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (ตามปัญหาสำคัญของพื้นที่ OTOP) - มีแนวทางในการจัดการ แก้ไขปัญหา - ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด/วางแผนงาน กิจกรรมด้านสุขภาพ - มีช่องทางการประสานงาน ภายในเครือข่ายและ ภายนอกเครือข่าย | <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนงานโครงการ - ชุมชน ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรม ด้านสุขภาพ - มีการจัดระบบบริการ สุขภาพร่วมกัน | <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบ - ร่วมรับรู้ โดยมีกระบวนการค้นหา ทบทวนปัญหา โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม (ประชาคม/SRM/ธรรมนูญ สุขภาพ) คั้นข้อมูลให้ แก่ประชาชน ชุมชน และ - ร่วมทำกิจกรรมดำเนินงาน แก้ไขปัญหาสำคัญของ พื้นที่(OTOP) - ร่วมประเมินผล | <ul style="list-style-type: none"> - ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของ พื้นที่(OTOP) ดีขึ้น - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ทบทวน ร่วมรับผิดชอบ และตรวจสอบ - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่ได้และปรับปรุง ร่วมกัน - มีผลการประเมิน ความพึงพอใจหรือ การสัมภาษณ์ พูดคุย เกี่ยวกับความพึงพอใจ ของภาคีเครือข่ายกับ การทำงานร่วมกับ รพ.สต. | <ul style="list-style-type: none"> - มีการนำข้อเสนอแนะ/ ข้อร้องเรียน พัฒนา การจัดระบบบริการและ ความพึงพอใจที่ดีขึ้น - ชุมชนและภาคีเครือข่าย เข้มแข็ง ร่วมเป็นเจ้าของใน การจัดการปัญหาสุขภาพที่ ต่อเนื่อง และบูรณาการกับ งานบริการอื่น - มีแผนงานโครงการที่ สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของ พื้นที่(OTOP) ที่ได้รับการอนุมัติ - สามารถเป็นแบบอย่างใน การแก้ไขปัญหาสำคัญของ พื้นที่(OTOP) | | | | | |



| เกณฑ์ | ขั้นที่ 1 | | ขั้นที่ 2 | | ขั้นที่ 3 | | ขั้นที่ 4 | | ขั้นที่ 5 | | | |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 | 0.5 | 1 | | |
| วิธีการประเมินและเอกสารประกอบการพิจารณา | - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับฐานข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร | | - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแผนงานโครงการและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย | | - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการได้มาซึ่งปัญหาสำคัญ ของพื้นที่ (OTOP) การดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล | | - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การแก้ไขปัญหา สำคัญของพื้นที่ (OTOP) | | - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ วิธีการใน การทบทวนหรือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ | | - สอบถาม/สัมภาษณ์/เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหา สำคัญของพื้นที่ (OTOP) ได้ประสบผลสำเร็จ | |
| คะแนนที่ได้ | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ

- การให้คะแนน คือ ทำครบทุกหัวข้อ ให้ 1 คะแนน, ทำได้บางหัวข้อ ให้ 0.5 คะแนน
- ผลลัพธ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) ดีขึ้น หมายถึง เปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่พื้นที่กำหนดไว้ว่าดีขึ้นหรือไม่



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 3 บุคลากรดี

การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

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

| เกณฑ์ | คะแนน | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| หมวด 3 บุคลากรดี การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล Appreciation Resources Sharing and Human Development | 1. มีผลการวิเคราะห์ Happinometer/ มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร และผลการวิเคราะห์ห้องครด้าน อัตรากำลังเปรียบเทียบตามกรอบของขนาด S M L เริ่มมีแนวทางหรือวิธีการดำเนินการดูแลพัฒนาวางแผนการใช้ทรัพยากร และพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่ายร่วมกัน | 2. มีข้อ 1 และ มีการขยาย การดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาเพิ่มขึ้น ซึ่งดำเนินการร่วมกัน ในการใช้ทรัพยากรและ พัฒนาบุคลากรในบาง ประเด็น ได้แก่ ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) หรือ บางระบบของ การจัดระบบบริการ | 3. มีข้อ 1, 2 และ มีการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนา มีการใช้ ทรัพยากรและพัฒนา บุคลากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม ตามบริบท และ ความจำเป็นของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการแก้ไข ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และ การจัดระบบบริการ | 4. มีข้อ 1, 2, 3 และ มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนา ให้สอดคล้องกับภารกิจที่ จำเป็นอย่างเป็นระบบ สร้างความพึงพอใจ และ ความผูกพันของบุคลากร ให้สอดคล้องกับบริบท ร่วมกัน มีการปรับปรุง การใช้ทรัพยากร พัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสมและ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น | 5. มีข้อ 1, 2, 3, 4 และ สร้างวัฒนธรรมให้ บุคลากรมีความสุข เกิดความพึงพอใจ มีความผูกพันกับองค์กร ภูมิใจ และรับรู้คุณค่า ในการพัฒนาคุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน และมีการใช้ทรัพยากรจาก ชุมชนส่งผลให้เกิดการแก้ไข ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) และการจัดระบบ บริการอย่างยั่งยืน |



| เกณฑ์ | คะแนน | | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| วิธีการประเมินและเอกสารประกอบ การพิจารณา | <ul style="list-style-type: none">- สอบถาม/สัมภาษณ์- เอกสารที่เกี่ยวข้อง <p><u>หมายเหตุ</u></p> <ul style="list-style-type: none">- ผลการวิเคราะห์ Happinometer ของกระทรวงสาธารณสุข หรือผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร- ข้อมูลพื้นฐานองค์กร อ้างอิงจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยผ.)- ผลการวิเคราะห์องค์กรด้านอัตรากำลังเปรียบเทียบกับกรอบของขนาด S M L- เอกสารการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ- การประเมินสมรรถนะรายบุคคลใช้แบบสรุปการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของจังหวัดหรือตามบริบทของพื้นที่- แผนการใช้ทรัพยากรและแผนพัฒนาบุคลากร | <ul style="list-style-type: none">- สอบถาม/สัมภาษณ์- รูปแบบและวิธีสร้างการเรียนรู้ การพัฒนา- บันทึกการประชุม- เอกสารที่เกี่ยวข้อง <p><u>บางประเด็น :</u></p> <p>ประเด็น OTOP หรือการจัดบริการอย่างน้อย 1 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟู)</p> | <ul style="list-style-type: none">- สอบถาม/สัมภาษณ์- รูปแบบและวิธีสร้างการเรียนรู้ การพัฒนา- บันทึกการประชุม- เอกสารที่เกี่ยวข้อง <p><u>ครอบคลุม :</u></p> <p>ประเด็น OTOP และการจัดบริการทุกมิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟู)</p> | <ul style="list-style-type: none">- สอบถาม/สัมภาษณ์- เอกสารที่เกี่ยวข้อง- บันทึกการประชุม- รูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้- รูปแบบการทบทวนวิเคราะห์ ปรับปรุงการจัดการทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรในบางประเด็นหรือครอบคลุมทุกมิติ | <ul style="list-style-type: none">- สอบถาม/สัมภาษณ์- เอกสารที่เกี่ยวข้อง- บันทึกการประชุม- รูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้- รูปแบบการทบทวนวิเคราะห์ ปรับปรุงการจัดการทรัพยากรและการใช้ทรัพยากรจากชุมชนในบางประเด็นหรือครอบคลุมทุกมิติ- รูปแบบและวิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจและความผาสุก |
| คะแนนที่ได้ | | | | | |

คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ

การวิเคราะห์องค์กร

หมายถึง การวิเคราะห์ด้านอัตรากำลังเปรียบเทียบกับกรอบของขนาด S M L ตามบทบาทหน้าที่และภารกิจการจัดบริการของ รพ.สต. ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ แก่ประชาชน รวมถึงการจัดระบบบริการแบบเครือข่าย

ความผูกพัน (engagement)

หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร

ความผูกพัน

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

การพัฒนาและการเรียนรู้

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

Resource

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น โลน, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.1 การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP) | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่) | | | | | | | | เอกสารที่ เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | การจัดบริการตามสภาพ ปัญหาสำคัญของพื้นที่ หมายถึง การจัดการบริการที่ สอดคล้องกับประเด็น OTOP |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------------------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ M : OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่) | | | | | | | | ตามรอย การให้บริการ ตามประเด็น OTOP | |
| ระดับ L : OTOP เรื่อง..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่) | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | <p>1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์)</p> <p>1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ</p> <p>1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว</p> <p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์</p> | <p>2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี)</p> <p>2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้</p> <p>ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์</p> | <p>3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ)</p> <p>3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้</p> <p>ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก</p> | <p>ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์</p> | <p>5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file)</p> <p>5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)</p> <p>ประเมินตาม บริบทสถานบริการ</p> | | | | |
| <p>4.2 การจัดการบริการในสถานบริการ</p> | | | | | | | | | |
| <p>4.2.1 OPD</p> | | | | | | 5 | | | |
| <p>ระดับ S : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)</p> | | | | | | | | เอกสารที่ เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรอยการ ให้ บริการใน สถานบริการ ตามแผนก ต่างๆเช่น OPD, ER ฯลฯ | <p>การให้บริการ ในสถานบริการ หมายถึง การจัดบริการภายในหน่วย บริการที่จัดไว้ สำหรับให้บริการผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ CPG OPD ประกอบด้วย โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของ CUP อย่างน้อย 5 โรค</p> |
| <p>ระดับ M : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)</p> | | | | | | | | | |
| <p>ระดับ L : ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)</p> | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.2.2 ER | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : - การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการ เบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทางการ วินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวน รายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ) | | | | | | | | | ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีดังนี้ 1. Adrenaline injection 1:1000 2 Steroid injection เช่น Dexa injection หรือ Hydrocortisone injection 3.Chlorpheniramine injection 4. 50% Glucose injection 5. ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยาย หลอดเลือดหัวใจ |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ M : <ul style="list-style-type: none"> - การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการ เบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทาง การวินิจฉัยการรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อ :Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวน รายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ) | | | | | | | | CPG ER ประกอบด้วย Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | ค่าชี้แจง/ คำนิยาม |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------|-----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ L : - การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการ เบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทาง การวินิจฉัยการรักษาเบื้องต้น และ การส่งต่อหรือการจัดระบบส่งต่อ แบบเครือข่าย : Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพระดับ ALS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวน รายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.2.3 ANC | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและ ส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของ การจัดบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | CPG ANC ประกอบด้วย - การฝากครรภ์ปกติ - การฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อ |
| ระดับ M : - ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและ ส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของ การจัดบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | |



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



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.2.4 WCC | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : - ให้วัดขึ้นตามเกณฑ์ - ตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจสอบประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | CPG WCC ประกอบด้วย - การตรวจประเมิน พัฒนาการตามวัย - การส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า |
| ระดับ M : - ให้วัดขึ้นตามเกณฑ์ - ตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจสอบประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ L : - ให้อัดขึ้นตามเกณฑ์ - ตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจประเมินพัฒนาการตามวัย - ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า หรือกระตุ้น พัฒนาการได้ หากมีพยาบาลที่ผ่าน การอบรม หรือมีนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดและรับส่งต่อ จาก รพ.สต. ระดับ S, M หรือตาม บริบทของการจัดบริการแบบ เครือข่าย | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.2.5 NCD (DM, HT, Stroke, CKD) | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่ - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย หรือตามบริบทของการจัดบริการ แบบเครือข่าย | | | | | | | | | CPG NCD ประกอบด้วย การดูแลและการส่งต่อใน กลุ่มผู้ป่วย DM, HT, Stroke, CKD |
| ระดับ M : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่ - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย หรือตามบริบทของการจัดบริการ แบบเครือข่าย | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ L : - การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่/ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - มีกิจกรรม DPAC เปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบ การจัดการรายกรณี โดย Case managerและ สหสาขาวิชาชีพและรับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S,M หรือตามบริบท ของการจัดบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.2.6 งานบริการให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ | | | | | | | | | |
| ระดับ S : ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/ การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม / OSCC หรือตามบริบทของการ จัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกวิชาชีพใน รพ.สต. | | | ***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ M : ให้การศึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/ การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์/ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม / OSCC หรือตามบริบทของการ จัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกวิชาชีพใน รพ.สต. | | | ***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ L : ให้การศึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/ การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์/การตั้งครภ์ไม่พร้อม/ OSCC หรือตามบริบทของการ จัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกวิชาชีพใน รพ.สต. | | | ***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน | | | | | | |
| 4.3 การจัดการบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : - การส่งเสริมทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาชุด อุด ถอน หรือตามบริบท ของการจัดการบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.4 การจัดการบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด | | | | | | | | | |
| 4.4.1 การจัดการบริการแพทย์แผนไทย | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : | | | | | | | | | |
| 1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน (รพ.สต.พท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้สั่งการรักษา | | | | | | | | | |
| 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์ แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ ผู้สั่งการรักษาหรือผู้ประกอบ วิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของ การจัดการบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | ค่าชี้แจง/ คำนิยาม |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ M : | | | | | | | | | |
| 1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน (รพ.สต.พท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ส่งการรักษา 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์ แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ ผู้ส่งการรักษาหรือหรือผู้ประกอบ วิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของ การจัดบริการแบบเครือข่าย | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | ค่าชี้แจง/ คำนิยาม |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ L : | | | | | | | | | |
| <p>1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน (รพ.สต.พท.) โดยเจ้าหน้าที่ผู้ส่งการรักษา</p> <p>2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์ แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ ผู้ส่งการรักษาหรือหรือผู้ประกอบ วิชาชีพนวดไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของ การจัดบริการแบบเครือข่าย</p> <p>3. บริการผดุงครรภ์ไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์ไทย/ นวดไทย/เวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทย</p> | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | แนวทางการพิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4. บริการเภสัชกรรมไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมไทย/ เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทย 5. บริการเวชกรรมไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย/ แพทย์แผนไทยหรือตามบริบทของ การจัดบริการแบบเครือข่าย และ รับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.4.2 การจัดการบริการกายภาพบำบัด | | | | | | | | | |
| ระดับ S : มีนักกายภาพออกมาปฏิบัติงานตาม บริบทของพื้นที่ | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ M : มีนักกายภาพออกมาปฏิบัติงานตาม บริบทของพื้นที่ | | | | | | | | | |
| ระดับ L : จัดให้มีบริการกายภาพบำบัดตาม บริบทของพื้นที่ หรือ รับส่งต่อจาก รพ.สต. ระดับ S, M | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| 4.5 การจัดการบริการในชุมชน | | | | | | | | | |
| 4.5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุเต็มวัย 3,4 ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เด็กพัฒนาการล่าช้า Palliative care) อ้างอิงตามเกณฑ์กรมอนามัย | | | | | | 5 | | ประเมินจาก เอกสารที่ เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรอย กระบวนการ ให้บริการ แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ในชุมชน | การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชน โดยออกไปให้บริการ ในชุมชน |
| ระดับ S : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่ | | | | | | | | | |
| ระดับ M : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่ | | | | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ | - | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) | | | | |
| | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ L : การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม. ตามบริบทของพื้นที่ | | | | | | | | | |
| 4.5.2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT) | | | | | | 5 | | | |
| ระดับ S : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ | | | ***เครื่องมือ สนับสนุนจาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน | | | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | | | | | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | แนวทางการ พิจารณา | คำชี้แจง/ คำนิยาม |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | 1. มีช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ | 2. ระบบบริการ | 3. เครื่องมือ บริการ | 4. มีระบบ ส่งต่อ-รับกลับ | 5. การบันทึกข้อมูล | | | | |
| | 1.1 ช่องทางการสื่อสาร การจัดบริการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์ | 2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้ ประเมินจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ | 3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้ ประเมินจาก แบบประเมิน ภาคผนวก | - ประเมินจาก เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น ไลน์, โทรศัพท์ | 5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file) ประเมินตาม บริบทสถานบริการ | | | | |
| ระดับ M : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ | | | ***เครื่องมือ สนับสนุนจาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน | | | | | | |
| ระดับ L : มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ | | | ***เครื่องมือ สนับสนุนจาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน | | | | | | |
| คะแนนรวม | | | | | | 60 | | | |

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564
หมวด 4 บริการดี
การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.6. การจัดการบริการเภสัชกรรม RDU และ งานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.)

4.6.1 การจัดการบริการเภสัชกรรม RDU

| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------------------------------------------|----------|
| 1 | การบริหารจัดการระบบยา | | | | | |
| | การบริหารจัดการระบบยา โดยการมีส่วนร่วมของเภสัชกร รพ.แม่ข่าย กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | <ol style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการจัดการระบบยาระดับอำเภอ มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผนอย่างน้อย ปีละ 4 ครั้ง มีการสนับสนุนวิชาการจากเภสัชกร รพ.แม่ข่าย ได้แก่ การจัดอบรมวิชาการ, คู่มือ/สื่อการใช้ใน รพ.สต. | 1 | 1 | 1. คำสั่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดฯระดับอำเภอ | |
| | | | 1 | | 2. แผนการปฏิบัติการฯ | |
| | | | 1 | | 3. สมุดเยี่ยม หรือ ผลปฏิบัติงาน หรือ เอกสารอื่นๆ ฯลฯ | |
| | | | | | 4. คู่มือ/สื่อการใช้ใน รพ.สต. | |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 2 | การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ | | | | | |
| | 2.1. มียาใช้ อย่างเหมาะสม และเพียงพอ | 1. มีบัญชีรายการยา รพ.สต. 2. มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 3. ไม่มีรายการยา NED หรือมี แต่ได้รับการอนุมัติจาก ผู้ตรวจราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขออนุมัติ (แจ้ง สสจ. แล้ว) 4. มีหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยา | 1 1 1 1 | | 1. บัญชีรายการยา รพ.สต. 2. ตรวจสอบ Emergency box และ มียาช่วยชีวิตมีดังนี้ 2.1. Adrenaline injection 1:1000 2.2 Steroid injection เช่น Dexamethasone injection หรือ Hydrocortisone injection 2.3 Chlorpheniramine injection 2.4 50% Glucose injection 2.5 ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยาย หลอดเลือดหัวใจ 3. คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 4. หนังสือขออนุมัติยา NED 5. หลักเกณฑ์หรือขอบเขตใน การสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยา | |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| | 2.2 มีการเฝ้าระวังการใช้ยาเพื่อลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยแพ้ยาล และผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin | 1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาล 2. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin 3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาลโดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 5. มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาลเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพ้ยาลต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร | 1 1 1 1 1 | | - ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาลและผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ในคอมพิวเตอร์หรือไฟล์ข้อมูล - family folder - <u>มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกรณีแพ้ยาล</u> | |
| 3 | คลังยาและเวชภัณฑ์ | | | | | |
| | 3.1 มีสถานที่จัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ตามมาตรฐานและจัดเก็บอย่างเหมาะสม | 1. ประตุมีกุญแจล็อค 2 ชั้น 2. มีแนวทางการเปิด/ปิดคลังยาชัดเจน 3. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4. มีการแยกประเภทยา วชย วสด และวัสดุอื่นๆชัดเจน | 1 1 1 1 | | - ประตุมีกุญแจล็อค 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก - แนวทางการเปิด-ปิดคลังยาตามบริบทของ รพ.สต. | มาตรฐานคลังยากำหนดไว้เป้าหมาย คือความปลอดภัยป้องกันการสูญหาย |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | 3.2 มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน | 1. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น 2. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน 3. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °c และความชื้นไม่เกิน 70 %) 4. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ | 1 1 1 1 | | - ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น - แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น กรณีที่ไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้ตามรอยคะแนน ประเมินจากคลังยาที่เป็นจุดจ่ายยาให้กับ รพ.สต.นั้นๆ | |
| | 3.3 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง | 1. สุ่ม stock card น้บยา 10 รายการ ตรงทุกรายการ 2. มีใบเบิกยาจากคลังยาโรงพยาบาล และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 3. ใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card 4. มีใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. ไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) 5. ใบเบิกยาจากคลังยา รพ.สต. สอดคล้องกับ stock card | 1 1 1 1 1 | | - มี รบ.301 /stock card ครอบคลุมยา เวชย วัสดุการแพทย์ และ วัสดุวิทยาศาสตร์ - สุ่ม รบ.301 /Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ | |



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



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | 3.4 การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ | 1. ไม่มียาขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา | 1 | | - สุ่ม รบ.301/Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา | |
| | 3.5 มีระบบการควบคุมยาหมดอายุ | 1. ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ 2. ระบุวันเปิด วันหมดอายุของยา multiple dose และ ยา pre-pack 3. มีการจัดเรียงยาแบบ first expired first use | 1 1 1 | | - สุ่มดูวันหมดอายุ และ ลักษณะภายนอกของยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (โดยสุ่มทั้งหมด 10รายการ เป็นยา 7 รายการ และ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3 รายการ) | |
| | 3.6 ตู้เย็นเก็บยาตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน) | 1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรอง ผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ | 1 1 1 1 1 1 1 | | - ตรวจสอบจาก เทอร์โมมิเตอร์ ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็น และช่องแช่แข็ง | |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | 3.7 ตู้เย็นเก็บวัคซีน ตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและ ตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน) | 1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์มิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่าน การสอบเทียบและไม่หมดอายุ 5. ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม 7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ | 1 1 1 1 1 1 1 | | - ตรวจสอบจาก เทอร์มิเตอร์ ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็น และช่องแช่แข็ง | |
| 4 | การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุสมผล | | | | | |
| | 4.1 มีการส่งมอบยาให้ ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและ เหมาะสม และมีการเฝ้า ระวังการเกิดอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมความให้เกิด ความปลอดภัยแก่ ผู้มารับบริการ | 1. มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน 2. ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา 3. มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) 4. มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน รพ.สต. | 1 1 1 1 | | - ซองยา, ฉลากยา - สาธิตการจ่ายยาให้ดู - บันทึกอุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) - มีแนวทางป้องกัน ความคลาดเคลื่อนทางยา ใน รพ.สต. | |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| | 4.2 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย | <ol style="list-style-type: none"> 1. ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน 2. มีฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย และ มีฉลากยาเสริม 3. มีฉลากช่วยในการใช้ยา 4. มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย | 1 1 1 1 | | <ul style="list-style-type: none"> - ฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล - ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ OTOP | |
| | 4.3 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 2. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน 3. มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ 4. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่เกินร้อยละ 20 5. ร้อยละของการใช้ปฏิชีวนะในโรคในโรคท้องร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20 6. แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD 7. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์หญิงให้นมบุตร 8. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป กับการใช้ยา NSAIDs 9. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | <ul style="list-style-type: none"> - สอบถาม สังเกต ดูเอกสารการ - แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ - แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD | |



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

4.6.2 งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

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



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | ระดับที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| | 1.3 ร้านค้า/ร้านชำ และบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย | 1. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้งร้านค้า/ร้านชำ 2. ไม่พบยากลุ่มเสี่ยงที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3. ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | 1 1 1 | | - สุ่มตรวจอาหารและขนม ตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า แบนท้าย - สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ Steroids (ยกเว้นแพทย์สั่ง), Antibiotic เหลือใช้ | |
| | 1.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ | 1. ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำมีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพครบ 3 ข้อ 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยงและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย | 1 1 | | - ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1) ดู อย. (2) ดูวันผลิต วันหมดอายุได้ (3) ทราบตัวอย่างรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า, เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย, อาหารที่ห้ามจำหน่าย - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเสี่ยง (ยาปฏิชีวนะเหลือใช้/ ยาสเตียรอยด์) และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย | รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า แบนท้าย |



| หัวข้อ | ประเด็นการประเมิน | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | ระดับที่ได้ | หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล | หมายเหตุ |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | 1.5 มีการพัฒนาศักยภาพ ผู้บริโภคน เช่น อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย ผู้ประกอบการร้านค้า แผงลอยจำหน่ายอาหาร ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่าย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานคุ้มครอง ผู้บริโภคในระดับอำเภอ | 1. มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่มได้แก่ 1.1 นักเรียน 1.2 ผู้ประกอบการ 1.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1.4 เครือข่าย คบส. | 1 | | - แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์เครือข่ายคุ้มครอง ผู้บริโภค | พิจารณา หลักฐาน ปัจจุบัน และปีงที่ ผ่านมา |
| | 1.6 เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค ในพื้นที่ มีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ที่สอดคล้องกับ OTOP | 1. มีโครงการหรือกิจกรรมเชิงรุก เพื่อแก้ไขปัญหา ด้าน คบส. ในพื้นที่จำนวน 2 กลุ่มขึ้นไป 2. มีการมีส่วนร่วมของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค 3. ประเด็นการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับ OTOP | 1 1 1 | | - แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์เครือข่ายคุ้มครอง ผู้บริโภค | พิจารณา หลักฐาน ปัจจุบัน และปีงที่ ผ่านมา |
| คะแนนรวม | | | 17 | | | |

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.7 ระบบสนับสนุนบริการ

4.7.1 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล

| เกณฑ์ | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| 1.1 การจัดการระบบบันทึกข้อมูล (10 คะแนน) | 1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต. มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน | 2 | |
| | 2. บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยส่งข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2563 – สิ้นเดือนก่อนการประเมิน) และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง visit ของ JHICS หรือตาราง visit ของ HOSXP PCU <ul style="list-style-type: none"> - ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70 – 74 = 3 คะแนน - ร้อยละ 75 – 79 = 4 คะแนน - ร้อยละ 80 – 84 = 5 คะแนน - ร้อยละ 85 – 89 = 6 คะแนน - ร้อยละ 90 – 94 = 7 คะแนน - มากกว่าร้อยละ 95 = 8 คะแนน | 8 | |
| 1.2 การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (5 คะแนน) | 1. มีการจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้ม สม่ำเสมอ <ul style="list-style-type: none"> - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อเดือน = 1 คะแนน - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน - ส่งข้อมูลทุกวันทำการ(จันทร์ - ศุกร์) (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) = 3 คะแนน | 3 | |
| | 2. มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือ electronic file ในการตรวจสอบข้อมูล <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการตรวจสอบ = 0 คะแนน - มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = 1 คะแนน - มีการตรวจและมีหลักฐานประกอบ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง) = 2 คะแนน | 2 | |

| เกณฑ์ | รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| 1.3 คุณภาพของข้อมูล (5 คะแนน) | <p>ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-2010 (ตุลาคม 2563 – ปัจจุบัน) (การตรวจแบบละเอียด)</p> <ul style="list-style-type: none"> - น้อยกว่าร้อยละ 60 = 1 คะแนน - ร้อยละ 60 – 69 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70 – 79 = 3 คะแนน - ร้อยละ 80 – 89 = 4 คะแนน - ร้อยละ 90 – 100 = 5 คะแนน <p><u>สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2563 – สิ้นเดือนก่อนการประเมิน)</u></p> | 5 | |
| รวม | | 20 | |

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

| รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| <p>1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเครื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - น้อยกว่า 1 : 0.50 = 1 คะแนน - 1 : 0.50 – 0.59 = 2 คะแนน - 1 : 0.60 – 0.69 = 3 คะแนน - 1 : 0.70 – 0.79 = 4 คะแนน - มากกว่า หรือ เท่ากับ 1 : 0.80 = 5 คะแนน | 5 | |
| <p>2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีเครื่อง PC หรือ Notebook ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ = 1 คะแนน - มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูลเท่านั้น (ไม่มีโปรแกรมอื่น เช่น MS Office โปรแกรมแต่งภาพ Line PC เป็นต้น) = 2 คะแนน - มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) = 3 คะแนน | 3 | |

| รายการประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| <p>3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต.</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน | 5 | |
| <p>4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา</p> <p>4.1 มีแผนการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหา(ทำ Flow Chart) ที่สำคัญที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี = 0 คะแนน - มี = 1 คะแนน <p>4.2 มีโปรแกรม Antivirus ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี = 0 คะแนน - มี = 1 คะแนน <p>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี = 0 คะแนน - มี = 1 คะแนน | 3 | |
| <p>5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน - มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 1 คะแนน | 1 | |
| <p>6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีระบบ = 0 คะแนน - มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 1 คะแนน <p>(การเข้าถึงข้อมูลใน HIS การเข้าใช้ ระบบ network การเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการรายบุคคล)</p> | 1 | |
| รวม | 18 | |

ส่วนที่ 3 กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มวัย และประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.7 การจัดระบบบริการสนับสนุน

4.7.2 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร | 1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 3 | | - มีการมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงาน - การอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อย 1 วัน (นับย้อนตั้งแต่วันที่ตรวจประเมิน) - การอบรมความรู้มีหลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เอกสารการอบรม | พี่เลี้ยงระดับอำเภอ หมายถึง ICN หรือ RN ของ CUP * กรณี รพ.สต. ไม่มี RN ให้ รพ.สต.แม่ข่าย หรือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของ CUP เป็นผู้รับผิดชอบร่วม โดยมี คำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ |
| | 1.1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. | 1 | | | |
| | 1.1.2 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. | 1 | | | |
| | 1.1.3 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 1 | | | |



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



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. การดำเนินงาน | 2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | 5 | | - ทะเบียนรายงาน การฉีดวัคซีนรอบปีปฏิทิน - สมุดบันทึก การตรวจสุขภาพประจำปี | - มีการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนที่ป้องกันโรคระบาดตามการระบาดของแต่ละพื้นที่ - บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึงกลุ่มที่มีการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบ |
| | 2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 51 – 60 | 1 | | | |
| | 2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 61 – 70 | 2 | | | |
| | 2.3.3 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 71 – 80 | 3 | | | |
| | 2.3.4 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไป | 4 | | | |
| | 2.3.5 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไปและบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีนตามความเหมาะสม | 5 | | | |
| | 2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง | 5 | | - คู่มือประกาศ/โปสเตอร์ แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/ สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน - สุ่มถามบุคลากร 1 คน - รายงานการเกิดอุบัติเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุ | <u>แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง</u> หมายถึงแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มที่แทง เช่น ไขมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วหรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือ ผิวหนังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งเป็นต้น |
| | 2.4.1 มีการติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน | 1 | | | |
| | 2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และครอบคลุมจุดเสี่ยง/จุดบริการและมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากร | 2 | | | |
| | 2.4.3 มีข้อ 2.4.2 และบุคลากรรับทราบแต่อธิบายแนวทางปฏิบัติไม่ถูกต้อง | 3 | | | |
| | 2.4.4 มีข้อ 2.4.3 และบุคลากรรับทราบและสามารถอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง | 4 | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. การดำเนินงาน | 2.4.5 มีข้อ 2.4.4 และเมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีการบันทึกและรายงานตามแนวทางปฏิบัติ | 5 | | | |
| | 2.5 การทำความสะอาดมือ | 5 | | - ป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ - สุ่มสอบถามขั้นตอนและวิธีการล้างมือ - ให้ความรู้บุคลากรการล้างมือ | <u>5 moment</u> หมายถึง การล้างมือ 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2. ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย 3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 4. หลังสัมผัสผู้ป่วย 5. หลังสัมผัสสิ่งของที่ล้อมรอบผู้ป่วย |
| | 2.5.1 มีการติดป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และ 5 moment แต่อุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ | 1 | | | |
| | 2.5.2 มี 2.5.1 และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้ | 2 | | | |
| | 2.5.3 มีข้อ 2.5.2 และมีการสื่อสารถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ | 3 | | | |
| | 2.5.4 มีข้อ 2.5.3 และบุคลากรรับทราบแต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง | 4 | | | |
| | 2.5.5 มีข้อ 2.5.4 และบุคลากรรับทราบและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง | 5 | | | |
| | 2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล | 5 | | | |
| | 2.6.1 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แต่อุปกรณ์ไม่เพียงพอไม่พร้อมใช้ | 1 | | | |
| | 2.6.2 มีการติดโปสเตอร์การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ | 2 | | | |
| | 2.6.3 มีข้อ 2.6.2 และมีการจัดเก็บในสถานที่ที่เหมาะสม | 3 | | | |
| | 2.6.4 มีข้อ 2.6.3 และมีการถ่ายทอดแก่บุคลากรรับทราบ และสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้แต่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง | 4 | | | |
| | 2.6.5 มีข้อ 2.6.4 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม | 5 | | | |

| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. การดำเนินงาน | | | | 2. กรณีที่ต้องจัดการกับ สารคัดหลั่ง (ไม่รวม การล้างเครื่องมือ) | |
| | 2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต. | 5 | | - สุ่มถาม - ตรวจสอบสถานที่จริง - ป้ายสื่อสารการปฏิบัติ กรณีโรคติดต่อที่ต้องแยก พื้นที่เช่น โรคฉี่หนู, ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น | การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต. หมายถึง การแบ่งพื้นที่ใน การให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่ สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ใน การให้บริการเฉพาะผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย เชื้อใน รพ.สต. เช่นผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค และดูการจัดพื้นที่เขตสะอาด และเขตปนเปื้อนใน CSSD ของ รพ.สต. |
| | 2.7.1 มีแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อปรากฏใน คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | 1 | | | |
| | 2.7.2 มีข้อ 2.7.1 และมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการ การแพร่กระจายเชื้อ | 2 | | | |
| | 2.7.3 มีข้อ 2.7.2 และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการ การแพร่กระจายเชื้อ | 3 | | | |
| | 2.7.4 มีข้อ 2.7.3 และมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย โรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. | 4 | | | |
| | 2.7.5 มีข้อ 2.7.4 และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขต ปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ถูกต้อง | 5 | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. การดำเนินงาน | 2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน | 3 | | สอบถาม เจ้าหน้าที่/ ลูกจ้าง เกี่ยวกับแนวทาง การทำลายเชื้อและ ปฏิบัติตามแนวทาง การทำลายเชื้อ/ ทำให้ปราศจากเชื้อใน อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ | เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ ปราศจากเชื้อ หมายถึง 1. มีการควบคุมด้านกายภาพ ทุกครั้งก่อนนึ่ง 2. มีการควบคุมด้านเคมี ภายนอกทุกหีบห่อ 3. มีการควบคุมภายในหีบห่อ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ 4. มีการควบคุมคุณภาพ ด้านชีวภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเครื่องต่อเดือน 5. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง 6. มีระบบการเรียกคืน อุปกรณ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานมีการระบุ วันหมดอายุ บนอุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ เพียงพอ หมายถึง เพียงพอต่อการให้บริการ |
| | 2.8.1 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อที่เพียงพอ ต่อการใช้งาน | 1 | | | |
| | 2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน การจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง | 1 | | | |
| | 2.8.3 มีข้อ 2.8.2 และไม่พบของหมดอายุ | 1 | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 3. การจัดการ มูลฝอยทุกชนิด อย่างถูกสุขลักษณะ | - มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอันตรายมูลฝอยอันตรายและนำไปกำจัดตามมาตรฐานที่ หน่วยงานกำหนด | 1 | | | - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์ |
| 4. การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ | รพ.สต.มีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 6 หัวข้อ คือ | | | | - เอกสารที่เกี่ยวข้อง - สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์ |
| | 4.1 บุคลากร | 2 | | | |
| | 1) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บขนและกำจัด มูลฝอยติดเชื้อซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและ ระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแล้ว | 1 | | - หลักฐานการฝึกอบรม คือ ใบประกาศ ตามแบบของ กรมอนามัย | |
| | 2) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตร การป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจาก มูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับ การถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อ หรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ | 1 | | | |
| | 4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ | 2 | | | |
| | 1) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด | 1 | | | |
| 2) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุของมีคม และวัสดุของ ไม่มีคม | 1 | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ | 4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ | 6 | | | |
| | 1) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกีดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ | 1 | | | |
| | 2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของภาชนะบรรจุ | 1 | | | |
| | 3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียวไม่ฉีกขาดง่ายทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก กั้นน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม | 1 | | | |
| | 4) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม ต้องบรรจุไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงและมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นให้แน่น | 1 | | | |
| | 5) มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่า เป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ | 1 | | | |
| | 6) ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ (ถุงแดงและกล่องใส่ มูลฝอยติดเชื้อ) มีการใช้งานเพียงครั้งเดียว และทำลายพร้อมกับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ | 1 | | | กล่องใส่มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ที่เป็นกล่องหรือถัง ต้องทำจากวัสดุที่แข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกีดกร่อนของสารเคมี เช่น พลาสติกแข็ง หรือโลหะ มีฝาปิดมิดชิด (อ้างอิง ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545) |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------------------------------|------------------|
| 4. การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ | 4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ | 4 | | | |
| | 1) ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อสวมอุปกรณ์ป้องกัน อันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน ผ้าปิดปาก-ปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ ปฏิบัติงาน | 1 | | | |
| | 2) ใช้ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เวลาเคลื่อนย้าย | 1 | | | |
| | 3) มีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปเก็บกักที่พัก รวมทุกวัน | 1 | | | |
| | 4) มีการทำความสะอาดภาชนะรองรับและอุปกรณ์ในการ ปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิด จากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัด น้ำเสีย เช่น บ่อเกรอะบ่อซึม ถังบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูป เป็นต้น | 1 | | | |
| | 4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ | 5 | | | |
| | 1) แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น | 1 | | | |
| | 2) ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษา สถานที่ประกอบ ปรง เก็บ หรือสะสมอาหาร | 1 | | | |
| | 3) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่าย ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด | 1 | | | |
| | 4) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีความจุเพียงพอ | 1 | | | |
| | 5) มีข้อความแสดงซึ่งมีขนาดและสีที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” | 1 | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|----------------------------------|------------------|
| 4. การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ | 4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้ รพ.สต. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบใด (เลือก 1 วิธี ตามการจัดการของ รพ.สต.) | คะแนน เต็ม 2 | | | |
| | 4.6.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง | 2 | | | |
| | 1) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการ กำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ | 1 | | | |
| | 2) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกัน อันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน | 1 | | | |
| | 3) บริเวณโดยรอบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อสะอาด | | | | |
| | 4) มีบ่อรองรับแ้วมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ | | | | |
| | 4.6.2 กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวมการกำจัด มูลฝอยติดเชื้อ | 2 | | | |
| 1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไป กำจัด และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่าการนำมูลฝอย ติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง | 1 | | | | |
| 2) ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ต้องมีลักษณะ ดังนี้ - เป็นภาชนะที่มีฝาปิดและผนังทึบ ทำด้วยวัสดุทำความ สะอาดง่าย มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลว ภายในได้ และมีระบบป้องกันการตกหล่นในระหว่างการ เคลื่อนย้าย - ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า “ภาชนะรวบรวมมูลฝอย ติดเชื้อ ห้ามเปิด ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น” | 1 | | | | |



| เกณฑ์ | รายการตรวจประเมิน | คะแนน เต็ม | คะแนน ที่ได้ | วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา | คำชี้แจง/คำนิยาม |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|----------------------------------|------------------|
| 4. การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ | 4.6.3 กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้ | 2 | | | |
| | 1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อไป กำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามี การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง | 1 | | | |
| | 2) มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1852/2556 และดำเนินการขน มูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วย การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 | 1 | | | |
| รวมคะแนน | | 65 | | | |

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

4.7 การจัดระบบบริการสนับสนุน

4.7.3 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน

| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. บุคลากร ★ | | | | | | | |
| 1 | 1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและ รองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน | ไม่มีคำสั่งมอบหมาย | มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก | มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง | มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองและบุคลากรอื่นแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง | มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคน | คำสั่งแต่งตั้ง |
| 2 | 1.2 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม <ul style="list-style-type: none"> ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจาก รพ. พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการ | ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม | ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลัก มีเฉพาะบันทึกการอบรมผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% | มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของจำนวนผู้ ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบ หมายหน้าที่รับผิดชอบ | มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักและรองและรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงมากกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงาน | มีใบประกาศ/บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติทุกคน | หลักฐานการอบรม/สอน |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| | ฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน รพ.สต. ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม มีใบประกาศ/เอกสารบันทึกการสอนหน้างาน(On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยได้รับการอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ (ดูหลักฐานการอบรมในรอบ 1 ปีย้อนหลัง นับจากวันประเมิน) | | ของจำนวน ผู้ปฏิบัติงานใน คำสั่งมอบ หมาย หน้าที่ได้รับผิดชอบ | | ในคำสั่งมอบหมาย หน้าที่ได้รับผิดชอบ | | |
| 3 | 1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นักเทคนิคการแพทย์ หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ <ul style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยง สามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/line/face book ได้ | ไม่มี | มีคำสั่งแต่งตั้ง แต่ไม่มีบันทึก การขอรับ คำปรึกษา หรือมีบันทึก การขอคำปรึกษา แต่ไม่ได้ทำคำสั่ง | 1. มีคำสั่งแต่งตั้ง ที่ปรึกษา 2. มีหลักฐาน การขอรับ คำปรึกษาครบ ทุกช่องทางที่ ปรึกษาจริงและ เป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลัก และรองไม่ลง ลายมือชื่อรับทราบ คำปรึกษา | 1. มีคำสั่งแต่งตั้ง ที่ปรึกษา 2. มีหลักฐาน การขอรับ คำปรึกษาครบ ทุกช่องทางที่ ปรึกษาจริงและ เป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลัก และรองลงลายมือ ชื่อรับทราบ คำปรึกษา ไม่ครบทุกคน | 1. มีคำสั่งแต่งตั้ง ที่ปรึกษา 2. มีหลักฐาน การขอรับ คำปรึกษาครบ ทุกช่องทางที่ ปรึกษาจริงและ เป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลัก และรองลงลายมือ ชื่อรับทราบ คำปรึกษา ครบทุกคน | คำสั่งแต่งตั้ง บันทึกการขอ คำปรึกษา |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน | | | | | | | |
| 4 | 2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการออกจากพื้นที่ทำงานอื่น <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นส่วนไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ | ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab | ใช้พื้นที่ตรวจวิเคราะห์ร่วมกับงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน | ใช้พื้นที่เดียวกันกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่/ตั้งโต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ | แยกเป็นส่วน มีใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย | แยกเป็นส่วนชัดเจน สะอาด ไม้ร้อน ไม้ชื้น ไม่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น | สังเกต, สอบถาม |
| 5 | 2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit เหมาะสม แข็งแรงมั่นคง | ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ | มั่นคงหรือไม่มั่นคง แต่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น เมื่อจะใช้งานถึงจะยกเครื่องมือมาวาง | มีพื้นที่วางแต่ไม่มั่นคง | พื้นที่วางมั่นคง แต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้นหรือแดดส่อง หรือเข้าไปใช้งานได้ยาก | จัดวางในพื้นที่มั่นคงเพียงพอพร้อมใช้งาน สิ่งแวดล้อมเหมาะสม | สังเกต, สอบถาม, ลองขยับ |
| 3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ★ | | | | | | | |
| | 3.1 วัสดุ น้ำยา | | | | | | |
| 6 | 3.1.1 มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบในอุณหภูมิที่ถูกต้องตามเอกสารกำกับน้ำยา | วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมทุกชั้น | วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 25% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม | วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 50% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม | วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 75% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม | วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสมทุกชั้น | ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม |
| 7 | 3.1.2 มีการบันทึกหมายเลขการผลิต มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยา, วัสดุ วิทยาศาสตร์และตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเปิดใช้น้ำยาก่อนใหม่หรือขวดใหม่ก่อนทำการทดสอบและมีบันทึกในแบบบันทึกการตรวจวิเคราะห์ (Work sheet) | มีหมดอายุ | ไม่ระบุแต่ไม่หมดอายุ | มีการบันทึกครบถ้วนมีระบุไม่ทุกชั้นหรือไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ | มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุทุกชั้นแต่ไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ | มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุถูกต้องทุกชั้นและไม่หมดอายุ | ตรวจเอกสาร, สังเกต, สอบถาม |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">● แถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, Tube Hematocrit แถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip) มีการระบุวัน เปิดใช้วันหมดอายุบนขวดตามเอกสารกำกับ น้ำยา Lot ปัจจุบัน● แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) หลอดเก็บเลือด มีการระบุวันหมดอายุ ตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน | | | | | | |
| | 3.2 เครื่องมือทดสอบ | | | | | | |
| 8 | 3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none">● ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่ สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือหมายเลขเครื่องหรือ หมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคาผู้รับผิดชอบดูแลรักษา | ไม่มีทะเบียน เครื่องมือ | มีทะเบียน แต่ข้อมูลไม่ครบ ตามข้อกำหนด ทุกเครื่อง | มีทะเบียนและ เครื่องมือ 50% มีข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด | มีทะเบียนและ เครื่องมือ 75% มีข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด | มีทะเบียนเครื่องมือ ที่ข้อมูลครบ ตามข้อกำหนด ทุกเครื่องและ เป็นปัจจุบัน | ตรวจเอกสาร, สอบถาม |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 9 | 3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้แผนสอบเทียบรวมระดับอำเภอ | 1. ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ | 1. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ ไม่ครบทุกเครื่องและ ไม่ระบุรายละเอียดใดๆ ในแผน 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ | 1. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง และ ไม่ระบุความถี่หรือไม่ระบุจุดที่ต้องการ สอบเทียบ 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 50% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่ | 1. มีแผนสอบเทียบและระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องการ สอบเทียบหรือ สอบเทียบไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ ≥ 75% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่ | 1. มีแผนสอบเทียบจุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับ การใช้งานจริงพร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง 2. มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภทเครื่องมือ | ตรวจเอกสาร, สอบถาม |
| 10 | 3.2.3 มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องปั่น Hematocrit ที่เป็นปัจจุบันมีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร็วรอบ และตัวตั้งเวลาของเครื่องปั่นทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกาภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ <ul style="list-style-type: none">มีระบบสำรองแปร่งถ่านสำรอง (carbon brush) หรือฟิวส์หรือมีระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่ | 1. ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง | 1. มีบันทึกการสอบเทียบแต่ผลการสอบเทียบไม่ผ่านและไม่มี การแก้ไข 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง | 1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด ในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่เป็น ปัจจุบัน 3. มีระบบสำรอง | 1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ แต่ ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบันและ สม่ำเสมอ มีหลักฐาน เชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง | 1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ความถี่ตรงตามกำหนด ในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบันและสม่ำเสมอ มีหลักฐาน เชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง | ตรวจเอกสาร, สอบถาม |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 11 | 3.2.4 มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่มีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบทุก 6 เดือน ตรงตามค่า ที่ใช้งานสามารถทำการสอบเทียบเองได้โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่นมีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบในแต่ละจุดใช้งานต้องจับเวลาอย่างน้อย จุดละ 3 ครั้ง เมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มีฉลากติด | ไม่มีบันทึก ผลการสอบเทียบ | มีบันทึก การสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบ ไม่ตรงกับ การใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตาม กำหนด <u>และ</u> สอบเทียบไม่ครบ ทุกเครื่องตามแผน | มีบันทึก การสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบ ไม่ตรงกับ การใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตาม กำหนด <u>หรือ</u> สอบเทียบไม่ครบ ทุกเครื่องตามแผน | มีบันทึก การสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับ การใช้งานจริง แต่ความถี่ไม่ตรง ตามกำหนด <u>หรือ</u> สอบเทียบไม่ครบ ทุกเครื่องตามแผน | มีบันทึก การสอบเทียบ จุดที่สอบเทียบ ตรงกับ การใช้งานจริง ความถี่ตรงตาม กำหนด ครบทุกเครื่อง ตามแผน | ตรวจเอกสาร, สอบถาม |
| 12 | 3.2.5 มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตและมีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน | ไม่มีผล การบำรุงรักษา เครื่องมือและ ไม่มีแบตเตอรี่ สำรอง | มีผล การบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 25\%$ ของจำนวนเครื่อง ที่มีอยู่ และไม่มี แบตเตอรี่สำรอง ในหน่วยงาน แต่สามารถ จัดหาได้ทันต่อ การใช้งาน | มีผล การบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 50\%$ ของจำนวน เครื่องที่มีอยู่ และ ไม่มีแบตเตอรี่สำรอง ในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหาได้ ทันต่อการใช้งาน | มีผลบำรุงรักษา เครื่องมือ $\geq 75\%$ ของจำนวน เครื่องที่มีอยู่ และ มีแบตเตอรี่สำรอง อย่างน้อย 1 ชุด | มีผล การบำรุงรักษา ครบทุกเครื่อง เป็นปัจจุบัน และ มีแบตเตอรี่สำรอง อย่างน้อย 1 ชุด | ตรวจเอกสาร, สอบถาม |

| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 13 | <p>3.2.6 อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) • ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันชนิดธรรมดาได้ ไม่ใช่สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู มีผิวหน้าเรียบ ให้สาริตการใช้งานจริงและดูว่าน้ำส่วนบนใน Tube Hematocrit ไม่ลุดระดับ • มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ | ไม่มี หรือ มีแต่ใช้งานไม่ได้ หลังปั่นอ่านพบ น้ำส่วนบน ลุดระดับ | แผ่นอ่านสเกลมี แต่ใช้งานยาก มองเส้น อ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน แต่ใช้สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู | แผ่นอ่านสเกลมี แต่ใช้งานยาก มองเส้น อ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน และ ไม่ใช่สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู | แผ่นอ่านสเกลคมชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและ ไม่ใช่สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู | แผ่นอ่านสเกลคมชัด และแข็งแรง ไม่สามารถ ม้วน งอได้ มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและ ไม่ใช่สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู | สังเกต, สอบถาม |
| 14 | <p>3.2.7 มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet)</p> | ไม่มี หรือ ใช้เข็มฉีดยา มาเจาะปลายนิ้ว | - | - | - | มีเป็น lancet หรือ เข็มเจาะปลายนิ้ว โดยเฉพาะ | สังเกต, สอบถาม |
| 15 | <p>3.2.8 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกแบบไม่มีฝา ไม่ควรเป็นแบบ กระดาษเคลือบไขและต้องตรวจทันที | ไม่มี | มี แต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง | มี และ แห้ง สะอาด แต่ใช้ซ้ำ | มี และแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว | มี และ แห้งสะอาด มีฝาปิด และ ใช้ครั้งเดียว | สังเกต, สอบถาม |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ | | | | | | | |
| 16 | 4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่างเวลาที่เก็บ และกรณีไม่ได้ตรวจทันทีต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none">ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้ | ไม่มี | มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง ไม่มีเอกสารอ้างอิง | มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง มีเอกสารอ้างอิงแต่ไม่เป็นปัจจุบัน | มีคู่มือที่จัดทำโดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจุบัน | มีคู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน | ตรวจเอกสาร สอบถาม |
| 17 | 4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (ถ้ามี) อายุ เพศ รายการตรวจผู้เก็บตัวอย่างผู้ส่งตรวจและหน่วยงานที่ส่งตรวจกรณีตรวจวิเคราะห์เองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ | ไม่มี | มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย แต่ไม่มีรายการตรวจและไม่ระบุผู้ส่งตรวจ | มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจแต่ไม่ระบุผู้ส่งตรวจ | มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจและผู้ส่งตรวจ | มีครบตามกำหนดหรือมีส่งตรวจใน Family folder | ตรวจเอกสาร สอบถาม |
| 18 | 4.3 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่างหน่วยงานที่ส่งตรวจ <ul style="list-style-type: none">กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-นามสกุล สามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้ | กรณีส่งต่อ รพ. ไม่มี หรือ ไม่เขียน ชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง | กรณีตรวจเอง One stop service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล | มีแต่รายละเอียด ไม่ครบ | มีแต่รายละเอียด ไม่ครบแต่สามารถทวนสอบได้ | มีรายละเอียดครบตามกำหนด | สังเกต, สอบถาม |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 5. ขั้นตอนการทดสอบ ★ | | | | | | | |
| 19 | 5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none">คู่มือการตรวจวิเคราะห์หรือคู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว รพ.แม่ข่ายสามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และต้องมีเอกสารกำกับน้ำยาที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ | ไม่มี | มี แต่ไม่ครบทุกการทดสอบ และ/หรือไม่เป็นปัจจุบัน | มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ แต่มี 2 รายการ ไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา | มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการและเป็นปัจจุบัน แต่มี 1 รายการ ไม่ตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา | มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการและเป็นปัจจุบันตรงกับเอกสารกำกับน้ำยา | ตรวจเอกสาร สอบถาม |
| 20 | 5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none">สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้สาธิตหรือบรรยายขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการทดสอบ | ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกรายการ | ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 3 รายการทดสอบ | ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 2 รายการทดสอบ | ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 1 รายการทดสอบ | ปฏิบัติตามขั้นตอน ถูกต้องตามคู่มือทุกรายการทดสอบ | ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน, สังเกต, สอบถาม |
| 6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ★ | | | | | | | |
| 21 | 6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง <ul style="list-style-type: none">ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย โดยไม่ต้องแยกแบบฟอร์ม (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว) | ไม่มีการทำ IQC ทุกรายการ | ทำ 1 รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด | ทำ 2 รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด | ทำ 3 รายการ ความถี่เดือนละ 1 ครั้ง หรือครบทุกการทดสอบแต่ความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด | ทำ IQC ทุกการทดสอบความถี่เดือนละ 1 ครั้ง | ตรวจเอกสาร สอบถาม |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">การทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือด ทำ IQC | | | | | | |
| 22 | 6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-lab) <ul style="list-style-type: none">มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบกรณีที่ไม่ครบ 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ | ไม่มีการทำ EQA หรือ Inter-Lab | ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ ปี | ทำ EQA หรือ Inter-Lab 2 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือทำ 2, 3 รายการทดสอบ และทำ 1 ครั้ง/ ปี | ทำ EQA หรือ Inter-Lab 3 รายการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี หรือ ทำครบทุก รายการทดสอบ แต่ทำ 1 ครั้ง/ ปี | ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี | ตรวจเอกสาร สอบถาม |
| 23 | 6.3 กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ โดย ปรึกษาร่วมกับพี่เลี้ยงและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน | ไม่มีการดำเนินการ | มีบันทึก การหาสาเหตุ ไม่ครบถ้วนและ ทำการแก้ไข ไม่ครบถ้วน | มีบันทึกการหา สาเหตุครบถ้วน แต่ทำการแก้ไข ไม่ครบ | มีบันทึก การหาสาเหตุและ ทำการแก้ไข ครบถ้วน แต่ขาด มาตรการป้องกัน | มีบันทึก การหาสาเหตุ ดำเนินการแก้ไขและ กำหนดมาตรการ ป้องกัน | ตรวจเอกสาร สอบถาม |



| ข้อ ที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | หลักฐาน |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 7. การรายงานผลการทดสอบ | | | | | | | |
| 24 | <p>7.1 มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ โดยบันทึกการอ่านปฏิกิริยาของแถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip), แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) กรณีทะเบียนบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ Worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ถึง วันที่ตรวจ, lot number ของแถบตรวจ, วันหมดอายุ ชื่อผู้ทำการตรวจ และให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผลการทดสอบไม่สามารถระบุชื่อผู้ตรวจได้ เช่น อสม. 2 คนทำการตรวจ ต้องทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ของ รพ.สต. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย | ไม่มีหลักฐานแสดง | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีทะเบียนผลการทดสอบ 1 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีทะเบียนผลการทดสอบ 2 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วน ถูกต้อง 3 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วน ถูกต้อง 4 รายการ 2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด | ตรวจเอกสาร สอบถาม |



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

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

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

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

วันที่ให้ข้อมูล

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

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....



คำชี้แจงเพิ่มเติม

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

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน (แบบเอกสาร หรือ แบบ Electronic file) ที่ให้บริการ

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

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ประเด็น : การบันทึกและใช้ประโยชน์ Family folder

(แบบเอกสารหรือแบบ Electronic file : ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน)

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

หมายเหตุ - มี ครบทุกข้อ = 1 คะแนน

- ไม่มีครบทุกข้อ = 0 คะแนน

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.1 OPD 4.2.5 NCD และ 4.4.1 การบริการแพทย์แผนไทย

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

หมายเหตุ 1. การประเมิน OPD และแพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

- OPDและแพทย์แผนไทย มีข้อ 1 – 9 = มี = 1 คะแนน

- OPDและแพทย์แผนไทย ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 9 = ไม่มี = 0 คะแนน

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

- NCD มีข้อ 1 – 10 = มี = 1 คะแนน

- NCD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 10 = ไม่มี = 0 คะแนน

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน | ผลการตรวจสอบ | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| | มี | ไม่มี |
| อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้ | | |
| 1. เครื่องวัดความดันแบบปรอท (ใช้สำหรับผู้ที่มิประวัติความดันโลหิตสูง) | | |
| 2. เครื่อง Doptone | | |
| 3. สายวัดระดับยอดมดลูก | | |

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

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ

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

(อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีบริการใน รพ.สต.)

| เกณฑ์การตรวจประเมิน | ผลการตรวจสอบ | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| | มี | ไม่มี |
| มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้บริการตามมาตรฐานที่จัดบริการตามบริบทของพื้นที่ | | |

หมายเหตุ - มีตามบริบทการให้บริการ = 1 คะแนน

- ไม่มี = 0 คะแนน



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม

ประเด็น : 4.3 ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

หมายเหตุ มีครบ ข้อ 1 – 8 = มี

ถ้าขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

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

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

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.5 การบริการในชุมชน

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

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

- หมายเหตุ
- COC : LTC (ผู้สูงอายุเต็ม 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า) มีข้อ 1 - 8 = มี
 - COC: LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 8 = ไม่มี
 - Palliative care (ข้อ 9-11 ให้ประเมินที่ node หรือแม่ข่ายที่เป็นศูนย์สำรองเครื่องมือ) มีข้อ 9 - 11 = มี
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9-11 = ไม่มี
 - มีครบ = 1 คะแนน
 - ไม่มี = 0 คะแนน

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

ผลลัพธ์

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

5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ที่ให้ข้อมูล

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

มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน

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



| เกณฑ์การตรวจประเมิน | ผลการตรวจสอบ | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|
| | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ |
| 4. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร | 1 | |
| 5. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว เพื่อนำบุตรหลานอายุ 0 – 5 ปี ไปรับการตรวจพัฒนาการตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร | 1 | |
| 6. ท่านทราบความสำคัญและวิธีการเฝ้าระวังปัญหาสังคม/พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น (ท้องไม่พร้อม ติดเกมส์ ยาเสพติด เด็กแว้น ฯลฯ) อย่างไร | 1 | |
| 7. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร | 1 | |
| 8. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร | 1 | |
| 9. ท่านรู้จักวิธีการใช้สมุนไพรไทยและการรักษาแบบแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพอย่างไร | 1 | |
| 10. ท่านทราบกระบวนการให้บริการของ รพ.สต. หรือไม่ และหมอบริการครอบครัวของท่านมีบทบาทในการให้บริการหรือสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างไร | 1 | |
| รวมคะแนน | 16 | |

หมายเหตุ รูปแบบการประเมิน : ใช้กระบวนการ Focus group ตามตามกลุ่มวัย องค์ความรู้เป็นไปตามคู่มือ อสค.

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

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

ผลลัพธ์

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

5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | Template |
|----------------------------------------------------------------------|----------|-------|-----------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.2.1. ตัวชี้วัดพื้นที่กำหนดเกี่ยวกับ OTOP (ตามบริบทของพื้นที่กำหนด) | | | 5 | | การกำหนดตัวชี้การดำเนินงานประเด็น OTOP ของหน่วยบริการ จะกำหนดตัวชี้วัดจำนวนกี่ข้อ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน (พื้นที่เป็นคนกำหนดเป้าหมายความสำเร็จของการดำเนินงานเอง ให้ยึดตามเงื่อนไขข้อตกลงของพื้นที่ที่ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันไว้แล้วนั้น) ซึ่งคะแนนรวมจะเท่ากับ 5 คะแนน เช่น มี 3 ตัวชี้วัด หรือ 1 ตัวชี้วัด เมื่อสรุปรวมกันแล้วจะมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน |



| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | Template |
|------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-----------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC) | | | | | |
| (1) ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน | ร้อยละ 90 | | 5 | | ประมวลผลจากข้อมูล 43 แฟ้ม ในระบบ HDC รายละเอียดตาม Template แนบท้ายภาคผนวก เกณฑ์คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 60.00 - 67.49 = 1 คะแนน ร้อยละ 67.50 - 74.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 75.00 - 82.49 = 3 คะแนน ร้อยละ 82.50 - 89.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90.00 = 5 คะแนน |
| (2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ | ร้อยละ 80 | | 5 | | ประมวลผลจากข้อมูล 43 แฟ้ม ในระบบ HDC รายละเอียดตาม Template แนบท้ายภาคผนวก เกณฑ์คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 60.00 - 64.99 = 1 คะแนน ร้อยละ 65.00 - 69.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 70.00 - 74.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 75.00 - 79.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80.00 = 5 คะแนน |



| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลงาน | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | Template |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|-----------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (3) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี (fully immunized) | ≥ ร้อยละ 90 | | 5 | | ประมวลผลจากข้อมูล 43 แฟ้ม ในระบบ HDC รายละเอียดตาม Template แนบท้ายภาคผนวก เกณฑ์คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60.00 = 0 คะแนน ร้อยละ 60.00 - 67.49 = 1 คะแนน ร้อยละ 67.50 - 74.99 = 2 คะแนน ร้อยละ 75.00 - 82.49 = 3 คะแนน ร้อยละ 82.50 - 89.99 = 4 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90.00 = 5 คะแนน |
| คะแนนรวม | | | 20 | | |

หมายเหตุ Template ตัวชี้วัด รพ.สต.ติดดาว ปี 2564 อ้างอิงจาก template ในโปรแกรม HDC

**ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน**

| | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| คำนิยาม | ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA = 1 (ที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในปีงบประมาณ |
| รายการข้อมูล 2 | B = ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม person, chronic, diagnosis_opd, diagnosis_ipd) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |

ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์

| | |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| คำนิยาม | หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามิน ฯลฯ ตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมิน ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้ |
| | การนัดครั้งที่ 1 เมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ |
| | การนัดครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 - < 20 สัปดาห์ |
| | การนัดครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 - < 26 สัปดาห์ |
| | การนัดครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 - < 32 สัปดาห์ |
| | การนัดครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 - < 40 สัปดาห์ |



** หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงไทยที่คลอดมารับบริการ ประกอบด้วย

1. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขต รับผิดชอบ
2. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มารับบริการคลอด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ

แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูลงใน 43 แฟ้ม : แฟ้ม ANC)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบในเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม Labor)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

ตัวชี้วัดที่ 3 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี (fully immunized)

คำนิยาม ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 1 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG , HB , IPV , DTP-HB3 , OPV 3 MMR1 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่ รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะบุคคล TYPEAREA = 1 และ 3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน ที่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2563 - ธันวาคม 2563 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 ธันวาคม 2562

แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่

วัคซีน BCG , HB , IPV , DTP-HB3 , OPV 3 MMR1 (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม : แฟ้ม EPI)

รายการข้อมูล 2 B = เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่ รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะบุคคล

TYPEAREA = 1 และ 3)



รายการข้อมูล 3

รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผลคือ

(1) BCG = 010

(2) HB1 = 041

(3) DTP-HB3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 093 หรือมี 2 รหัส พร้อมกัน คือ (033+043) หรือ D23 หรือ D53 หรือ มี 2 รหัสพร้อมกันในแผนและนอกแผน คือ (D13+043) หรือ (D33 + 043) หรือ (D43 + 043)

(4) OPV3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D33 หรือ D43 หรือ D53

(5) IPV ได้แก่รหัสวัคซีน 401 หรือ D32 หรือ D42 หรือ D52 หรือ I12

(6) MMR1 ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M11

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

 $(A/B) \times 100$

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2564

หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

ผลลัพธ์

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

5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

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

แบบสรุปกะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 1 บริหารดี
การนำองค์กรและการจัดการดี
(คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

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



แบบสรุประเมินประเมิณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

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

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



แบบสรุปกะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 3 บุคลากร
การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

| เกณฑ์ | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|
| หมวด 3 บุคลากร การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล Appreciation Resources Sharing and Human Development | 5 | | |
| รวมคะแนน หมวด 3 | | | |

แบบสรุปกะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
(คะแนนเต็ม 299 คะแนน)

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

แบบสรุปกะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
(คะแนนเต็ม 299 คะแนน)

| เกณฑ์ | คะแนนเต็ม | คะแนนที่ได้ | หมายเหตุ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------|
| 4.7 ระบบสนับสนุนบริการ | | | |
| 4.7.2 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) | 65 | | |
| 1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร | 5 | | |
| 1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 3 | | |
| 1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | 2 | | |
| 2. การดำเนินงาน | 38 | | |
| 2.1 ระบบการเฝ้าระวัง | 5 | | |
| 2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี | 5 | | |
| 2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | 5 | | |
| 2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง | 5 | | |
| 2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ | 5 | | |
| 2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล | 5 | | |
| 2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต. | 5 | | |
| 2.8 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน | 3 | | |
| 3. การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ | 1 | | |
| 4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ | 21 | | |
| 4.1 บุคลากร | 2 | | |
| 4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ | 2 | | |
| 4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ | 6 | | |
| 4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ | 4 | | |
| 4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ | 5 | | |

แบบสรุปกะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 4 บริการดี

การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
(คะแนนเต็ม 299 คะแนน)

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

หมายเหตุ ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

คะแนนรวม 100 คะแนน คิดเป็นคะแนนเต็ม 40 คะแนน

แบบสรุปกะแนนประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2564

หมวด 5 ประชาชนมีสุขภาพดี

ผลลัพธ์

(คะแนนเต็ม 41 คะแนน)

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

ตัวอย่างการคิดคะแนน รพ.สต.ติดดาว ปี 2564

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

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

หมายเหตุ โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

คะแนนรวม ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว

คะแนนรวม ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว

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

บทที่ 4

แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีตัวชี้วัด คือ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ โดยในปีงบประมาณ 2564 มีเป้าหมาย คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 75 (สะสม ปี 2561 – 2563)

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



กระบวนการพัฒนา /ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2564

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

กระบวนการพัฒนา/ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2564



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





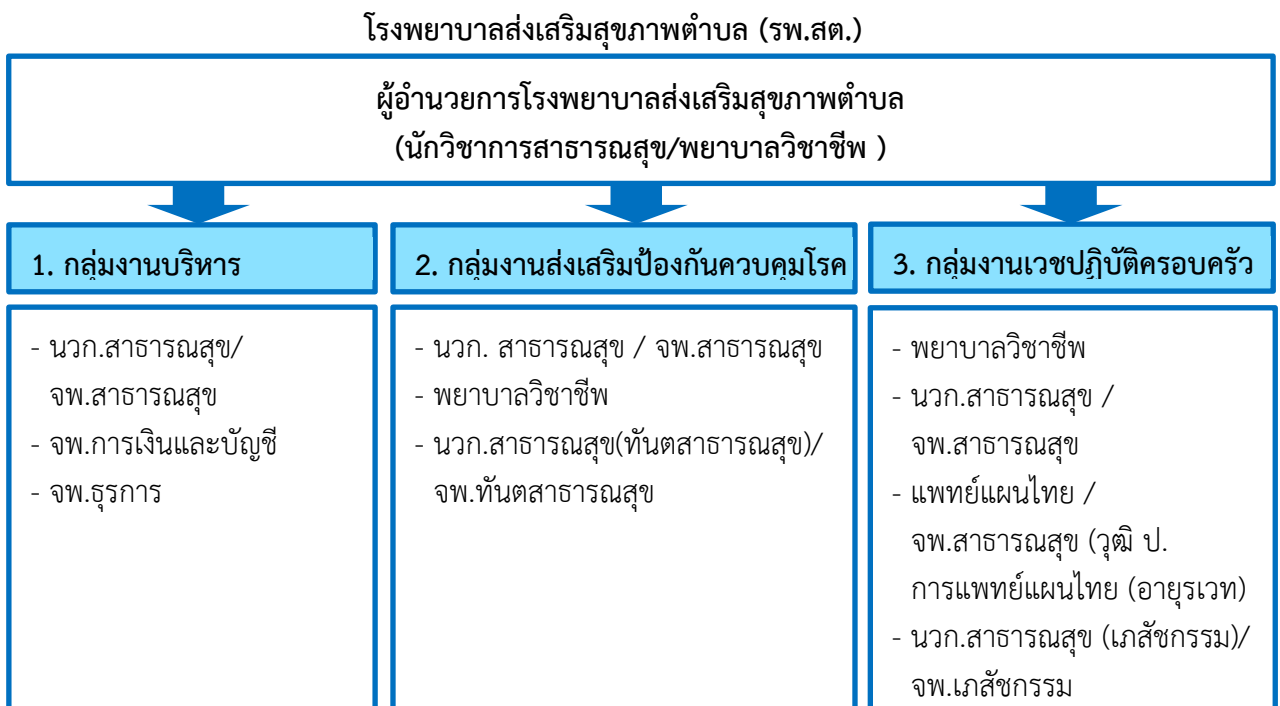
ภาคผนวก



เอกสารแนบท้ายหมวด 3 และ หมวด 4

โครงสร้าง ขนาด และอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

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



- อัตรากำลังควรมีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

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

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



รายชื่อคณะผู้จัดทำ

คู่มือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2563 – 2564

1. นายยงยศ ธรรมวุฒิ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
2. นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
3. นางสาวณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
4. นายบัณฑิต ดวงดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย
โรงพยาบาลแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน
5. นายธีรสุทธิ ปิติวิลเสถียร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง
โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
6. นางสิริภัทร พงศ์ปิยะไพบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
7. นางมลวิภา กาศสมบุรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร
8. นางกฤษณา เอี่ยมเปลี่ยน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร
9. นางสาวพิชญกานต์ สุกุลพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
10. นายวิวรรธน์ วงศ์ตาชี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม
11. นางเรวดี จังศิริพรกรณ์ นักกายภาพบำบัดชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
12. นางสาวอัมพวัน พุทธประเสริฐ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
13. นายสมนึก ธีระภัทรานนท์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
14. นางสาวจุฑามาส มาชะลักษณะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
15. นางสาวรุ่งฤดี แก้วชลคราม นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
สำนักงานเขตสุขภาพที่ 11
16. นางวรภากรณ์ ริมชัยสิทธิ์ เกสัชกรชำนาญการ
โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี
17. นางจิรายุ ผาผ่อง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

