



คู่มือคุณภาพมาตรฐาน  
บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566  
ฉบับปรับปรุง  
สำหรับสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12



สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข



คำนำ	
สารบัญ	
แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ก
นิยามศัพท์	ข
แบบสรุปกะเนนตรวจประเมิน	1
การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	1
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	2
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	3
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	4
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค	5
ด้านสุขภาพ (คปส.)	
แบบสรุปกะเนนประเมิน ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	6
หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	
แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	7
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	7
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	9
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	11
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	12
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	14
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	47
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	59
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	69
หมวดที่ 2 มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	80
2.1 มาตรการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	80
2.2 มาตรการสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร	80
2.3 มาตรการสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	81
2.4 รูปแบบและกลไกการตรวจประเมิน	81
หมวดที่ 3 แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	82
ภาคผนวก	
รายชื่อคณะทำงานจัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ฉบับปรับปรุง	
รายละเอียดสำหรับผู้ตรวจประเมิน	

## แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นเครื่องมือหรือแนวทางที่กำหนดไว้เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นำไปปรับใช้ในการพัฒนาการให้บริการของหน่วยบริการให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงานในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น โดยระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพ มาตรฐานของหน่วยบริการฯ ในที่สุด



## คำนิยามศัพท์

1

### ระบบสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า

กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

2

### บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

3

### หน่วยบริการ หมายความว่า

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

4

### หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า

หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

5

### เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายความว่า

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

6

### หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

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

## 7

**มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ** หมายความว่า แนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

### เอกสารที่เกี่ยวข้อง

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



## แบบสรุปละคะแนนตรวจประเมิน

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

### หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ	6		ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ
ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	8		
ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	5		
ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ	9		
ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	60		ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกข้อ
ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	40		
ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	65		
ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	60		
<b>รวมคะแนน</b>	<b>253</b>		

### การให้คะแนนเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

## แบบสรุปคะแนนประเมิน

### หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ (คะแนนเต็ม 6 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ (คะแนนเต็ม 8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ (คะแนนเต็ม 9 คะแนน)

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

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

### แบบสรุปละเอียดประเมิน

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

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

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



### แบบสรุปละคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หมายเหตุ
1. บุคลากร	12		ด้านระบบ
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน	8		ห้องปฏิบัติการ
3. วัสดุ ulya และเครื่องมือทดสอบ	40		ด้านการแพทย์และ
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ	12		สาธารณสุขคะแนนรวม
5. ขั้นตอนการทดสอบ	8		100 คะแนน คิดเป็น
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ	12		คะแนนเต็ม 40 คะแนน
7. การรายงานผลการทดสอบ	8		
รวมคะแนน	40		

### แบบสรุปคะแนนประเมิน

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) (คะแนนเต็ม 65 คะแนน)

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม	63		ประเมินตามเกณฑ์เภสัชกรรม
2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	2		ประเมินตามเกณฑ์ คปส.
<b>รวมคะแนน</b>	<b>65</b>		

## แบบสรุปละเอียดประเมิน

ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

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

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
<b>8. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)</b>	<b>60</b>		
<b>1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร</b>	<b>5</b>		
1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	3		
1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2		
<b>2. การดำเนินงาน</b>	<b>33</b>		
2.1 ระบบการเฝ้าระวัง	5		
2.2 การตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี	5		
2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	5		
2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	5		
2.5 ป้าย/โปสเตอร์และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ	5		
2.6 การจัดแบ่งพื้นที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ	5		
2.7 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	3		
<b>3. การจัดการมูลฝอยทุกชนิดอย่างถูกสุขลักษณะ</b>	<b>1</b>		
<b>4. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</b>	<b>21</b>		
4.1 บุคลากร	2		
4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ	2		
4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ	6		
4.4 การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ	4		
4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ	5		
4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ	2		
<b>รวมคะแนน</b>	<b>60</b>		

**หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ**  
**แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ**

**ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการ**

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	1.1 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนอย่างน้อยเจ็ดคน แต่ไม่เกินสิบคน มีผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นประธาน และให้ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการ ซึ่งประกอบด้วย ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน หรือ ภาคเอกชนต้องมีการแต่งตั้งทีมพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยต้องมีการรับรองจากผู้บริหารหน่วยบริการ	1		- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ - บันทึกการประชุม คณะกรรมการ - คำสั่งมอบหมาย	
	1.2 มีแผนปฏิบัติการ ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ. 2564 – 2575) โดยต้องกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีที่ทำให้บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งมีการถ่ายทอดแผนและนำไปสู่การปฏิบัติ	1		- แผนปฏิบัติการ - สุ่มสอบถามบุคลากร - แผนการจัดการประชาชน - แผนการส่งเสริมการคัดกรอง	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	หรือ แผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับการดำเนินงานด้าน ปฐมภูมิและสนับสนุนงานระบบบริการด้านปฐมภูมิ				
	1.3 มีการจัดการทรัพยากร โดยการสนับสนุนระบบบริการ จากแม่ข่ายครอบคลุมงาน IT IC LAB เครื่องมือบริการ เกสซ์ กรรม และ RDU/คบส.	1		- เอกสารการเบิก - แผนงานการจัดทรัพยากร ทั้ง คน ของ งบประมาณ	
	1.4 มีเวลาทำการไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน เป็นเวลา 5 วัน ต่อสัปดาห์ หากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มี การแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบ โดยต้องมีป้ายแจ้ง เวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน มีตารางการปฏิบัติงาน การให้บริการที่ชัดเจน	1		- ป้ายแสดงเวลาทำการ - สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	1.5 มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์ รับฟังความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบบริการ หรือ การบริหารจัดการ	1		- ตูรับฟังความคิดเห็น หรือ เอกสาร ที่ระบุการรับข้อ ร้องเรียนและการจัดการ	
	1.6 มีแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล	1		- แผนงาน โครงการ กิจกรรม การพัฒนาบุคลากร ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

## ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ดังนี้	2.1.1 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน (อว. , วว.) หรือ แพทย์อื่นซึ่งผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (กรณีหน่วยบริการที่ยังไม่ขึ้นทะเบียน ตาม พรบ. 2562 ให้ข้ามข้อ 2.1.1)	1		- ใบประกาศนียบัตรที่ผ่านการอบรม - ใบประกอบวิชาชีพแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว อว. , วว.	- กรณีบุคลากรไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ต้องมีแผนพัฒนาบุคลากรที่ระบุเป้าหมายระยะเวลาการพัฒนาบุคลากรให้เป็นไปตามข้อกำหนด
	2.1.2 มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 2 คนขึ้นไป	1		- ใบประกอบวิชาชีพพยาบาล	
	2.1.3 มีผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน 2 คนขึ้นไป	1		- ใบแสดงวุฒิการศึกษา	
2.2 มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มุ่งหมายดูแลสุขภาพของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ภายใต้ขอบเขตการให้บริการ ดังนี้	2.2.1 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน	1		- การสอบถาม - รูปภาพ - แผ่นพับ - เวชระเบียน	
	2.2.2 การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน	1		- การจัดสถานที่ในการให้บริการ	
	2.2.3 มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ หรือคำแนะนำในการปฏิบัติตน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้สามารถจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัวได้	1			

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	2.2.4 มีระบบบริการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง	1			
	2.2.5 จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะประคับประคอง และระยะท้ายของชีวิต ตามกลุ่มวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมการดูแลประชากร 8000 - 12,000 คน หรือ +/-2000 หรือ ตามบริบทของพื้นที่	1			

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วย บริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	3.1 มีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ	1			
	3.2 สถานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ ปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น	1			
	3.3 สถานที่บริการสะอาด มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอย การจัดบริการแต่ละด้าน แยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ	1			
	3.4 สถานที่มีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างเพียงพอ	1			
	3.5 มีการจัดการสภาพแวดล้อมภายนอกอาคารและภายใน สถานที่ทำงานดำเนินการตามมาตรการ 5 ส.	1		- เอกสาร รูปภาพ การดำเนินการ	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ



## ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

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

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4. ด้านระบบสารสนเทศ	4.1 มีแนวทางปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลบริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างถูกต้องและครบถ้วน	1		- คู่มือ/ระเบียบปฏิบัติ	
	4.2 ให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้รับบริการอย่างครบถ้วน ได้แก่ ผลการวินิจฉัยโรค สาเหตุหรือที่มาของโรค แผนการรักษาโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ	
	4.3 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์บุคลากรสาธารณสุข	1		- สุ่มสอบถามผู้รับบริการ - ป้ายชื่อ / ป้ายหน้าห้องตรวจ - แผ่นผังบุคลากร	
	4.4 มีการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (หน่วยบริการปฐมภูมิ)	1		- โปรแกรมบันทึกการจัดเก็บข้อมูลบริการ	
	4.5 มีระบบการส่งออกข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ/ แนวทางการดำเนินงาน	
	4.6 มีการคุ้มครองข้อมูลและการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการ	1		- แนวทางปฏิบัติ - มีตู้จัดเก็บเวชระเบียนและ ระบบการเข้าถึง	

ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	4.7 กรณีที่มีการส่งต่อผู้รับบริการ มีระบบข้อมูลการส่งต่อ - รับกลับ ของผู้รับบริการ และรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพนั้นไว้ ในระเบียบข้อมูลด้านสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการด้วย	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน - ติดตามข้อมูลทะเบียนส่ง ต่อผู้ป่วย	
	4.8 มีแนวทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือการใช้ข้อมูล ด้านสุขภาพ เพื่อมิให้เกิดการรั่วไหลหรือมีการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพโดยผู้อื่นที่ไม่มีสิทธิเข้าถึง	1		- แนวทางปฏิบัติ PDPA	
	4.9 มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการและบันทึกไว้อย่างเป็น ระบบในเวชระเบียนหรือในระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และ มีการสำรองข้อมูล	1		- สุ่มตรวจเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์	

หมายเหตุ : หน่วยบริการ จะต้องดำเนินการให้ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

หมายเหตุ : ไม่มีการดำเนินงานทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0 คะแนน

มีการดำเนินงานแต่ไม่ครบทุกข้อในแต่ละประเด็น = 0.5 คะแนน,

มีการดำเนินงานครบทุกข้อในแต่ละประเด็นได้ = 1 คะแนน

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน					คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1. มีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ	2. ระบบบริการ	3. เครื่องมือบริการ	4. มีระบบส่งต่อ-รับกลับ	5. การบันทึกข้อมูล				
	1.1 ช่องทางการสื่อสารการจัดบริการระบบให้คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการปฏิบัติงาน ตารางการให้บริการระบบจัดคิว	2.1 มี CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) 2.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้	3.1 มีเครื่องมือที่พร้อมใช้ สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถใช้เครื่องมือ ในการให้บริการได้	-	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ให้บริการในเวชระเบียน (เอกสารหรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)				
	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก	ประเมินจากเอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบอื่นๆ เช่น โอน, โทรศัพท์	ประเมินตามแบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวชระเบียน ตามคู่มือ				
<b>1. การจัดการบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ (OTOP)</b>						<b>5</b>			
OTOP เรื่อง..... ..... (ตามประเด็นปัญหาสำคัญของพื้นที่)	1 มีการทบทวนประเด็นปัญหาในพื้นที่	2 นำแผนมาแก้ปัญหาเป็นระบบ	3 มีการจัดทำโครงการ แผนงาน กิจกรรม ในการแก้ปัญหา	4 ผลลัพธ์และแนวทางการแก้ไข พัฒนาที่ชัดเจน	5 ความต่อเนื่องและยั่งยืน			ตามรายการให้บริการตามประเด็น OTOP และเอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	การจัดการบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่ หมายถึง การจัดการบริการที่สอดคล้องกับประเด็น 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 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 โอน, โทรศัพท์	ประเมินตาม แบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวช ระเบียน ตามคู่มือ				
<b>2. การจัดการบริการในสถานบริการ</b>									
<b>2.1 OPD</b>						<b>5</b>			
ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น (รายโรคตามบริบทของพื้นที่)			แบบประเมิน ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1				เอกสารที่ เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรายการ ให้ บริการใน สถานบริการ ตามแผนก ต่างๆเช่น OPD, ER ฯลฯ	การให้บริการ ในสถานบริการ หมายถึง การจัดการบริการภายในหน่วย บริการที่จัดไว้สำหรับให้บริการ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ CPG OPD ประกอบด้วย โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของ CUP อย่างน้อย 5 โรค	
<b>2.2 ER</b>						<b>5</b>			
- การวินิจฉัย รักษาและทำหัตถการ เบื้องต้น ได้แก่ ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล รวมถึงมีแนวทางการวินิจฉัย การรักษา			แบบประเมิน ประเด็น 2.2 ER					ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน เช่น 1. Adrenaline injection 1:1000	

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)				
เบื้องต้น และการส่งต่อ: Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury, Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น BLS - การใช้ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน (จำนวน รายการยาตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ)								2. Steroid injection เช่น Dexa injection หรือ Hydrocortisone injection 3. Chlorpheniramine injection 4. 50% Glucose injection 5. ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยาย หลอดเลือดหัวใจ  หรือ/และ CPG ER ประกอบด้วย Stroke, STEMI, Sepsis, Head injury,	

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 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 โลင်း, โทรศัพท์	ประเมินตาม แบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวช ระเบียน ตามคู่มือ				
									Hypoglycemia, Hyperglycemia - การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น - การช่วยชีวิตฉุกเฉิน
<b>2.3 ANC</b>						<b>5</b>			
- ฝากครรภ์กลุ่มปกติตามเกณฑ์ ANC - คัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและ ส่งต่อตามระบบหรือตามบริบทของ การจัดการบริการแบบเครือข่าย (หน่วย บริการปฐมภูมิ)			แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการ ในสถานบริการ ประเด็น : 2.3						CPG ANC ประกอบด้วย - การฝากครรภ์ปกติ - การฝากครรภ์กลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อ
<b>2.4 WCC</b>						<b>5</b>			
- ให้อาหารตามเกณฑ์ - ตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ - ตรวจสอบประเมินพัฒนาการตามวัย			แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการ						CPG WCC ประกอบด้วย - การตรวจประเมิน พัฒนาการตามวัย

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 แบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวช ระเบียน ตามคู่มือ				
- ส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้าหรือกระตุ้น พัฒนาการได้ หากมีพยาบาลที่ผ่าน การอบรม หรือมีนักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัดและรับส่งต่อ ตามบริบทของการจัดบริการแบบ เครือข่าย			ในสถานบริการ ประเด็น : 2.4						- การส่งต่อกลุ่มสงสัยล่าช้า
<b>2.5 NCD (DM, HT, Stroke, CKD)</b>						<b>5</b>			
- การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่/ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน - การรักษาต่อเนื่อง (รับยาต่อเนื่อง) - มีกิจกรรม DPAC ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบ การจัดการรายกรณี โดย Case manager และ			แบบประเมิน ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1						CPG NCD ประกอบด้วย การดูแลและการส่งต่อใน กลุ่มผู้ป่วย DM, HT, Stroke, CKD

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 การจัดการระบบให้ 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 แบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวช ระเบียน ตามคู่มือ</p>				
<p>สหสาขาวิชาชีพและรับส่งต่อ หรือ ตามบริบทของการจัดบริการแบบ เครือข่าย</p>									
<b>2.6 งานบริการให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพ</b>						<b>5</b>			
<p>ให้การปรึกษาด้านสุขภาพทุกกลุ่มวัย เช่น ปัญหาสุขภาพทั่วไป/สุขภาพจิต/ การวางแผนครอบครัว/โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม/ OSCC หรือตามบริบทของการ จัดบริการแบบเครือข่าย โดยบุคลากร ทุกวิชาชีพใน (หน่วยบริการปฐมภูมิ/ ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิกเอกชน)</p>			<p>***ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน</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 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)				
<b>3. การจัดการบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม</b> <b>หมายเหตุ :</b> หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการทันตกรรมได้ สามารถใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/หน่วยบริการประจำหรือมี หน่วยบริการเฉพาะด้านร่วมจัดบริการ (คลินิกทันตแพทย์)					5		- หลักฐาน การส่งต่อ		
- การส่งเสริมทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย - การรักษาชุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน หรือตามบริบทของการจัดบริการแบบ เครือข่าย			แบบประเมิน ข้อ 3.						
<b>4. การจัดการบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด</b> <b>หมายเหตุ :</b> หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัดได้ สามารถใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/หน่วย บริการประจำหรือมีหน่วยบริการเฉพาะด้านร่วมจัดบริการ (คลินิกแพทย์แผนไทย/คลินิกกายภาพบำบัด)							- หลักฐาน แผนการส่ง ต่อผู้ป่วย อย่าง เหมาะสม		

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 การจัดการระบบให้ คำปรึกษา (โทรศัพท์, Line, สื่อ ประชาสัมพันธ์) 1.2 โครงสร้างหน้าที่ ความรับผิดชอบ 1.3 ตารางการ ปฏิบัติงาน ตารางการ ให้บริการระบบจัดคิว  <b>ประเมินจาก</b> เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/สัมภาษณ์	2.1 มี CPG ราย บริการที่สนับสนุน จากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี ) 2.2 บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้ CPG ในการให้บริการได้  <b>ประเมินจาก</b> เอกสารที่เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์	3.1 มีเครื่องมือที่ พร้อมใช้ สอดคล้อง กับการบริการ (การบำรุง รักษา สอบเทียบ) 3.2 บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถ ใช้เครื่องมือ ในการ ให้บริการได้  <b>ประเมินจาก</b> แบบประเมิน ภาคผนวก	-  <b>ประเมินจาก</b> เอกสารการส่งต่อ, ทะเบียนส่งต่อ, การสื่อสารระบบ อื่นๆ เช่น โลင်း, โทรศัพท์	5.1 การบันทึกข้อมูลที่ ให้บริการใน เวชระเบียน (เอกสาร หรือElectronic file) 5.2 การบันทึก Family Folder ครบถ้วน สมบูรณ์ตามมาตรฐาน (เอกสารหรือ Electronic file)  <b>ประเมินตาม</b> แบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวช ระเบียน ตามคู่มือ				
<b>4.1 การจัดการบริการแพทย์แผนไทย</b>									
1. จ่ายยา 10 รายการ ตามเกณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน โดยเจ้าหน้าที่ผู้สั่งการรักษา 2. บริการนวดไทย โดยผู้ช่วยแพทย์ แผนไทย (330 ชั่วโมง) ภายใต้ ผู้สั่งการรักษาหรือผู้ประกอบวิชาชีพ นวดไทย/เวชกรรมไทย/แพทย์แผนไทย หรือตามบริบทของการจัดการบริการแบบ เครือข่าย			แบบประเมิน ประเด็น : 2.1 OPD 2.5 NCD และ 4.1						

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 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 โลင်း, โทรศัพท์	ประเมินตาม แบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวช ระเบียน ตามคู่มือ				
<b>4.2 การจัดการบริการกายภาพบำบัด</b>						<b>5</b>			
มีนักกายภาพออกมาปฏิบัติงาน ตามบริบทของพื้นที่หรือรับส่งต่อ ภายในเครือข่าย									
<b>5. การจัดการบริการในชุมชน</b>									
<b>5.1 COC : LTC (4 กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุเพียง 3 – 4, ผู้พิการที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า, Palliative care)</b> อ้างอิงตามเกณฑ์กรมอนามัย						<b>5</b>		ประเมินจาก เอกสารที่ เกี่ยวข้อง สอบถาม/ สัมภาษณ์ ตามรายการ กระบวนการ ให้บริการ แก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ ในชุมชน	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชน โดยออกไปให้บริการ ในชุมชน
การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ ครอบครัว และฟื้นฟูสภาพในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ/care giver/อสม/ ออสส. ตามบริบทของพื้นที่			แบบประเมิน ข้อ 5. การบริการ ในชุมชน ประเด็น : 5.1 COC : LTC						

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 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 แบบประเมิน ประเด็น : การลงข้อมูลเวช ระเบียน ตามคู่มือ				
<b>5.2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรค (SRRT)</b>						<b>5</b>			
มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และสอบสวนโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ			***เครื่องมือ สนับสนุนจาก CUP ให้คะแนน โดยอัตโนมัติ 1 คะแนน					- มีแผนการ ดำเนินงาน ร่วมกับ รพ. แม่ข่าย/ สสอ./สสจ.	
<b>คะแนนรวม</b>						<b>60</b>			

## แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

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

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

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

หมายเหตุ :

1. การประเมิน OPD

- OPD มีข้อ 1 – 9 = มี = 1 คะแนน

- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 9 = ไม่มี = 0 คะแนน

2. แพทย์แผนไทย (ใช้เครื่องมือชุดตรวจร่วมกันได้)

- แพทย์แผนไทย มีข้อ 1 – 7 = มี = 1 คะแนน

- แพทย์แผนไทย ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 7 = ไม่มี = 0 คะแนน

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

- NCD มีข้อ 1 – 11 = มี = 1 คะแนน

- NCD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 11 = ไม่มี = 0 คะแนน

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

แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น 2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา สอบเทียบ)

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

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

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

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

แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC) (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา สอบเทียบ)

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

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

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

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

แบบประเมิน ข้อ 2. การบริการในสถานบริการ

ประเด็น : 2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา สอบเทียบ)

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

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

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = 1 คะแนน  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = 0 คะแนน

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



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

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครื่องฆ่าสถานบริการ		
(2) มียูนิตทำฟันทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วย รายการทั้ง 3 ข้อครบ ดังนี้		
2.1 ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน		
2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด		
2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง		
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)		
(4) มีเครื่องบั่นอมัลกัม		
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสงสำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)		
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อนระหว่างให้บริการ		
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์		
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ		

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

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

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

แบบประเมิน ข้อ 4. การบริการแพทย์แผนไทย/กายภาพบำบัด

ประเด็น : 4.2 เกณฑ์การบริการกายภาพบำบัด (อุปกรณ์/เครื่องมือที่มีบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ)

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

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ	
	มี	ไม่มี
มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้บริการตามมาตรฐานที่จัดบริการตามบริบทของพื้นที่		

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

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ไม่สามารถให้บริการกายภาพบำบัดได้ สามารถใช้ระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/หน่วยบริการประจำหรือมีหน่วยบริการเฉพาะด้านร่วมจัดบริการ (คลินิกกายภาพบำบัด)

### แบบประเมิน ข้อ 5. การบริการในชุมชน

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

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

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

หมายเหตุ : COC : LTC (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ระดับ 3 - 4, ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ, เด็กพัฒนาการล่าช้า)

- มีข้อ 1 - 8 = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 8 = ไม่มี

Palliative care (ข้อ 9 - 11 ให้ประเมินที่ node หรือแม่ข่ายที่เป็นศูนย์สำรองเครื่องมือ)

- มีข้อ 9 - 11 = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 - 11 = ไม่มี

- มีครบ = 1 คะแนน

- ไม่มี = 0 คะแนน

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

แบบประเมิน ข้อ 5. การบริการในชุมชน

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

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

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

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

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

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

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

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

## ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

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

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ไม่มีห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สามารถใช้ระบบการส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน (คลินิกเทคนิคการแพทย์)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
<b>1. บุคลากร ★</b>							
1	1.1 มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและ รองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน</li> </ul>	ไม่มีคำสั่งมอบหมาย	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองและบุคลากรอื่นแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง	มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคน	- คำสั่งมอบหมาย - มีหลักฐานมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักและรอง
2	1.2 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ มีบันทึกประวัติการอบรม <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจากรพ. พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐาน การฝึกอบรม มีใบประกาศ/เอกสาร</li> </ul>	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลัก มีเฉพาะบันทึกการอบรมผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานใน	มีใบประกาศ หรือ บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลัก รวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงน้อยกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมาย	มีใบประกาศ หรือ บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลัก และรองและรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริงมากกว่า 50% ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานใน	มีใบประกาศ/บันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติทุกคน	หลักฐานการอบรม/สอน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	บันทึก การสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยได้รับการอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ (ดูหลักฐานการอบรมในรอบ 1 ปี ย้อนหลัง นับจากวันประเมิน)		คำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ		คำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ		
3	1.3 มีที่ปรึกษาทางวิชาการ เช่น นักเทคนิคการแพทย์หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยง สามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/line/face book ได้</li> </ul>	ไม่มี	มีคำสั่งแต่งตั้งแต่ไม่มีบันทึกการขอรับคำปรึกษาหรือมีบันทึกการขอคำปรึกษาแต่ไม่ได้ทำคำสั่ง	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองไม่ลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษา	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษา ไม่ครบทุกคน	1. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา 2. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน 3. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษา ครบทุกคน	- คำสั่งแต่งตั้ง/ เอกสาร/ บันทึกการขอคำปรึกษา

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
<b>2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน</b>							
4	<p>2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติการเพียงพอ มีการแยกพื้นที่ปฏิบัติการออกจากพื้นที่ทำงานอื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วนไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ</li> </ul>	ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab	ใช้พื้นที่ตรวจวิเคราะห์ร่วมกับงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน	ใช้พื้นที่เดียวกันกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่/ตั้งโต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ	แยกเป็นสัดส่วน มีใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย	แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน สะอาด ไม่ร้อน ไม่ชื้น ไม่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกต, สอบถาม</li> <li>- เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน</li> </ul>
5	<p>2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit หรือ POCT point of care testing เหมาะสม แข็งแรง มั่นคง</li> </ul> <p>ประเด็นด้านเครื่องปั่น Hematocrit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบว่าเครื่องปั่น Hematocrit วางไว้ในพื้นที่ระนาบ มั่นคง แข็งแรง</li> <li>เครื่องปั่น Hematocrit ต้องแยกปลั๊กไฟออกจากเครื่องมืออื่น และไม่อยู่ใกล้อ่างน้ำ</li> <li>เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจ ไม่เก็บในที่ที่มีความชื้นสูงและมีแดดส่อง</li> <li>มีการควบคุมคุณภาพก่อนทำการทดสอบ</li> </ol>	ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ	มั่นคงหรือไม่มั่นคงแต่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นเมื่อจะใช้งานถึงจะยกเครื่องมือมาวาง	มีพื้นที่วาง แต่ไม่มั่นคง	พื้นที่วางมั่นคง แต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้นหรือแดดส่อง หรือเข้าไปใช้งานได้ยาก	จัดวางในพื้นที่มั่นคง เพียงพอพร้อมใช้งาน สิ่งแวดล้อมเหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สังเกต, สอบถาม, ลองขยับ</li> <li>- เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน</li> </ul>



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
<b>3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ★</b>							
	3.1 วัสดุ น้ำยา						
6	3.1.1 มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบการจัดเก็บวัสดุและชุดน้ำยาทดสอบในอุณหภูมิที่ถูกต้องตามเอกสารกำกับน้ำยา</li> </ul>	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่ไม่เหมาะสมทุกชั้น	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 25% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 50% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบ 75% จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	วัสดุและชุดน้ำยาทดสอบจัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสมทุกชั้น	- สังเกต, สอบถาม - เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน
7	3.1.2 มีการบันทึกหมายเลขการผลิต (Lot number) ระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยา, วัสดุ วิทยาศาสตร์และตรวจสอบทุกครั้งที่มีการเปิดใช้น้ำยากล่องใหม่หรือขวดใหม่ก่อนทำการทดสอบ และมีบันทึกในแบบบันทึกการตรวจวิเคราะห์ (Work sheet) <ul style="list-style-type: none"> <li>แถบตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว, Tube Hematocrit แถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip) มีการระบุวันเปิดใช้วันหมดอายุบนขวดตามเอกสารกำกับน้ำยา Lot ปัจจุบัน</li> <li>แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) หลอดเก็บเลือด</li> </ul>	มีหมดอายุ	ไม่ระบุ แต่ไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วนมีระบุไม่ทุกชั้นหรือไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วนมีระบุทุกชั้นแต่ไม่ถูกต้องและไม่หมดอายุ	มีการบันทึกครบถ้วน มีระบุถูกต้องทุกชั้นและไม่หมดอายุ	- ตรวจเอกสาร - สังเกต, สอบถาม - เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน	
	มีการระบุวันหมดอายุตามเอกสารกำกับ น้ำยา Lot ปัจจุบัน							
	3.2 เครื่องมือทดสอบ							
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญ เช่น ชื่อเครื่องมือหมายเลขเครื่องหรือหมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาผู้รับผิดชอบดูแลรักษา</li> </ul>	ไม่มีทะเบียนเครื่องมือ	มีทะเบียนแต่ข้อมูลไม่ครบตามข้อกำหนดทุกเครื่อง	มีทะเบียนและมีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนและมีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนเครื่องมือที่ข้อมูลครบตามข้อกำหนดทุกเครื่องและเป็นปัจจุบัน	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือ หน่วยบริการ เฉพาะด้าน	
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการหรือใช้แผนสอบเทียบรวมระดับอำเภอ	1. ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือไม่ครบทุกเครื่อง และ ไม่ระบุรายละเอียดใดๆ ในแผน 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุความถี่หรือไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบ 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ 50% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	1. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบหรือ สอบเทียบไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ	1. มีแผนสอบเทียบและระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบหรือ สอบเทียบไม่ตรงตามการใช้งานจริง 2. มีแผนบำรุงรักษาครบทุก	1. มีแผนสอบเทียบจุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับ การใช้งานจริงพร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง 2. มีแผนบำรุงรักษาครบทุก	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือ หน่วยบริการ เฉพาะด้าน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
					≥ 75% ของประเภทเครื่องมือที่มีอยู่	ประเภทเครื่องมือ	
10	3.2.3 มีบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องปั่น Hematocrit ที่เป็นปัจจุบัน มีรายละเอียดจากการสอบเทียบหรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบโดยสอบเทียบความเร็วรอบและตัวตั้งเวลาของเครื่องปั่น ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าไม่มีการสอบเทียบตัวตั้งเวลาเมื่อใช้งานจริงต้องนำนาฬิกาภายนอกชนิดมีสัญญาณเตือนที่ผ่านการสอบเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีระบบสำรองแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) หรือฟิวส์หรือมีระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่</li> </ul>	1. ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบแต่ผลการสอบเทียบไม่ผ่าน และไม่มี การแก้ไข 2. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ 3. ไม่มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ เป็นปัจจุบัน 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบัน และสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	1. มีบันทึกการสอบเทียบผลการสอบเทียบผ่านเกณฑ์ ความถี่ตรงตามกำหนดในแผน 2. มีผลการบำรุงรักษาเป็นปัจจุบัน และสม่ำเสมอ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ 3. มีระบบสำรอง	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน
11	3.2.4 มีบันทึกการสอบเทียบนาฬิกาจับเวลาชนิดมีสัญญาณเตือนที่เป็นปัจจุบันที่มีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ โดยสอบเทียบ ทุก 6 เดือน ตรงตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำการสอบเทียบเองได้โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากองค์กรอื่น มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การสอบเทียบในแต่ละจุด	ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับ การใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด และ สอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบ แต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน	มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือ สอบเทียบ	มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ตรงตามกำหนดครบทุกเครื่องตามแผน	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
	ใช้งานต้องจับเวลา อย่างน้อยจุดละ 3 ครั้ง เมื่อสอบเทียบแล้วจัดให้มีผลากติด		ไม่ครบทุกเครื่อง ตามแผน		ไม่ครบทุกเครื่อง ตามแผน		
12	3.2.5 มีบันทึกการบำรุงรักษาเครื่อง glucose meter ที่เป็นปัจจุบันตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต และมีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	ไม่มีผลการบำรุง รักษาเครื่องมือ และไม่มี แบตเตอรี่สำรอง	มีผลการบำรุง รักษาเครื่องมือ ≥ 25% ของจำนวน เครื่องมือที่มีอยู่ และไม่มี แบตเตอรี่สำรอง ในหน่วยงาน แต่สามารถ จัดหาได้ทันต่อ การใช้งาน	มีผลการบำรุง รักษาเครื่องมือ ≥ 50% ของจำนวน เครื่องมือที่มีอยู่ และ ไม่มีแบตเตอรี่ สำรองในหน่วยงาน แต่สามารถจัดหา ได้ทันต่อการใช้งาน	มีผลบำรุงรักษา เครื่องมือ ≥ 75% ของจำนวน เครื่องมือที่มีอยู่ และ มีแบตเตอรี่สำรอง อย่างน้อย 1 ชุด	มีผลการบำรุง รักษาครบทุกเครื่อง เป็นปัจจุบัน และ มีแบตเตอรี่สำรอง อย่างน้อย 1 ชุด	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่ง ตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือ หน่วยบริการ เฉพาะด้าน
13	3.2.6 อุปกรณ์การตรวจ Hematocrit มีความพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด)</li> <li>● ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันชนิดธรรมดาได้ ไม่ใช่สีแดงหรือสีส้มหรือสีชมพู มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริงและดูว่าน้ำส่วนบน ใน Tube Hematocrit ไม่ลุดระดับ</li> <li>● มีแผ่นสเกล อ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ</li> </ul>	ไม่มี หรือ มีแต่ใช้งาน ไม่ได้หลังปั่น อ่านพบน้ำ ส่วนบนลุด ระดับ	แผ่นอ่านสเกล มีแต่ใช้งานยาก มองเห็นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมัน แต่ใช้สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกล มีแต่ใช้งานยาก มองเห็นอ่านไม่ชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและ ไม่ใช่สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกล คมชัด มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและ ไม่ใช่สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู	แผ่นอ่านสเกล คมชัดแลแข็งแรง ไม่สามารถม้วน งอได้ มี Tube Hematocrit ตามกำหนด มีดินน้ำมันและ ไม่ใช่สีแดงหรือ สีส้มหรือสีชมพู	- ตรวจสอบเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่ง ตรวจ ต่อไปยัง รพ. แม่ข่ายหรือ หน่วยบริการ เฉพาะด้าน

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
14	3.2.7 มีอุปกรณ์เจาะเลือด เข็มเจาะปลายนิ้ว (Lancet)	ไม่มี หรือ ใช้เข็มฉีดยามาเจาะปลายนิ้ว	-	-	-	มีเป็น lancet หรือเข็มเจาะปลายนิ้วโดยเฉพาะ	สังเกต, สอบถาม
15	3.2.8 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด, แห้ง, ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกแบบไม่มีฝา ไม่ควรเป็นแบบกระดาดเคลือบไขและต้องตรวจทันที</li> </ul>	ไม่มี	มี แต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	มี และ แห้ง สะอาด แต่ใช้ซ้ำ	มี และแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว	มี และ แห้ง สะอาด มีฝาปิด และใช้ครั้งเดียว	สังเกต, สอบถาม
<b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ</b>							
16	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บและ กรณีไม่ได้ตรวจทันทีต้องมีวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> <li>• ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้</li> </ul>	ไม่มี	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง ไม่มีเอกสารอ้างอิง	มีคู่มือที่จัดทำขึ้นเอง มีเอกสารอ้างอิง แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือที่จัดทำโดยกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน	ตรวจเอกสาร สอบถาม
17	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย (ถ้ามี) อายุ เพศ รายการตรวจ ผู้เก็บตัวอย่าง ผู้ส่งตรวจและหน่วยงานที่ส่งตรวจกรณีตรวจวิเคราะห์เองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ	ไม่มี	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย แต่ไม่มีรายการตรวจและไม่ระบุผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ แต่ไม่ระบุผู้ส่งตรวจ	มีชื่อ-สกุล ผู้ป่วย มีรายการตรวจ และผู้ส่งตรวจ	มีครบตามกำหนด หรือมีส่งตรวจใน Family folder	ตรวจเอกสาร สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
18	4.3 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่างหน่วยงานที่ส่งตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่างระบุ ชื่อ-นามสกุล สามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้</li> </ul>	กรณีส่งต่อ รพ. ไม่มี หรือไม่เขียนชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง	กรณีตรวจเอง One Stop Service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล	มีแต่รายละเอียด ไม่ครบ	มีแต่รายละเอียด ไม่ครบแต่สามารถ ทวนสอบได้	มีรายละเอียดครบ ตามกำหนด	สังเกต, สอบถาม
<b>5. ขั้นตอนการทดสอบ ★</b>							
19	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>• คู่มือการตรวจวิเคราะห์หรือคู่มือการเก็บส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว รพ.แม่ข่าย สามารถจัดทำขึ้นเองได้ โดยนักเทคนิคการแพทย์และต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ</li> </ul>	ไม่มี	มี แต่ไม่ครบ ทุกการทดสอบ <u>และ/หรือ</u> ไม่เป็นปัจจุบัน	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ แต่มี 2 รายการ ไม่ตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบัน แต่มี 1 รายการ ไม่ตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุกรายการที่เปิดให้บริการ และเป็นปัจจุบัน ตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	- ตรวจเอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไป ยัง รพ.แม่ข่ายหรือ หน่วยบริการ เฉพาะด้าน
20	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> <li>• สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้สาธิต หรือบรรยายขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการทดสอบ</li> </ul>	ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้องทุกรายการ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 3 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 2 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ไม่ถูกต้อง 1 รายการทดสอบ	ปฏิบัติตามขั้นตอน ถูกต้องตามคู่มือทุกรายการทดสอบ	- ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน - สังเกต - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไป ยัง รพ.

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
							แม่ข่ายหรือ หน่วยบริการ เฉพาะด้าน
<b>6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ★</b>							
21	<p>6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วยโดยไม่ต้องแยกแบบฟอร์ม (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว)</li> <li>• การทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input &amp; process) ตรวจสอบวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC</li> </ul>	ไม่มีการทำ IQC ทุก รายการ	ทำ 1 รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 2 รายการ และ ความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ 3 รายการ ความถี่ เดือนละ 1 ครั้ง หรือครบทุกการ ทดสอบแต่ความถี่ ไม่ได้ตามที่ กำหนด	ทำ IQC ทุกการ ทดสอบความถี่ เดือนละ 1 ครั้ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจ เอกสาร</li> <li>- สอบถาม</li> <li>- เอกสารส่ง ตรวจต่อไป ยัง รพ.แม่ ข่ายหรือ หน่วยบริการ เฉพาะด้าน</li> </ul>

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
22	6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือ เปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter-lab) <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวน ผลการเปรียบเทียบ</li> <li>กรณีที่ไม่ครบ 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ</li> </ul>	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 หรือทำ ครบทุกรายการทดสอบ แต่ทำ 1 ครั้ง/ปี	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ 2 ครั้ง/ปี	- ตรวจสอบ เอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไป ยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน
23	6.3 กรณีที่พบว่าผลการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกออกนอกเกณฑ์ การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุของปัญหา, ดำเนินการแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ โดยปรึกษาร่วมกับพี่เลี้ยง และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน	ไม่มีการดำเนินการ	มีบันทึกการหาสาเหตุไม่ครบถ้วน และทำการแก้ไขไม่ครบถ้วน	มีบันทึกการหาสาเหตุครบถ้วน แต่ทำการแก้ไขไม่ครบ	มีบันทึกการหาสาเหตุและทำการแก้ไขครบถ้วน แต่ขาดมาตรการป้องกัน	มีบันทึกการหาสาเหตุ ดำเนินการแก้ไขและกำหนด มาตรการป้องกัน	- ตรวจสอบ เอกสาร - สอบถาม - เอกสารส่งตรวจต่อไป ยัง รพ.แม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
<b>7. การรายงานผลการทดสอบ</b>							
24	<p>7.1 มีทะเบียนบันทึกผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ โดยบันทึกการอ่านปฏิกิริยาของแถบตรวจปัสสาวะ (Multiple urine test strip), แถบตรวจปัสสาวะหาการตั้งครรภ์ (Urine pregnancy test strip) กรณีทะเบียนบันทึกผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ Worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ถึง วันที่ตรวจ, lot number ของแถบตรวจ, วันหมดอายุ ชื่อผู้ทำการตรวจ และให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล กรณีไม่สามารถระบุชื่อผู้ตรวจได้ เช่น อสม. 2 คน ทำการตรวจต้องทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. /บุคลากรที่รับผิดชอบของ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย</li> </ul>	ไม่มีหลักฐานแสดง	<p>1. มีทะเบียนผลการทดสอบ</p> <p>1 รายการ</p> <p>2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด</p>	<p>1. มีทะเบียนผลการทดสอบ</p> <p>2 รายการ</p> <p>2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด</p>	<p>1. มีทะเบียนผลการทดสอบ</p> <p>ครบถ้วนถูกต้อง</p> <p>3 รายการ</p> <p>2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด</p>	<p>1. มีทะเบียนผลการทดสอบ</p> <p>ครบถ้วนถูกต้อง</p> <p>4 รายการ</p> <p>2. มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด</p>	ตรวจเอกสาร สอบถาม

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	0	1	2	3	4	หลักฐาน
25	7.2 กรณีส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย/ โรงพยาบาลรับส่งต่อ ต้องมีระบบทะเบียนบันทึก การส่งตรวจและผลการตรวจ ใบรายงานผลการ ทดสอบ มีรายละเอียดของผู้ป่วย ผลการทดสอบ ชื่อผู้ทดสอบ วันที่ เวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบ รับรองผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน เก็บ สำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตาม ระยะเวลาที่กำหนด เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่าง น้อย 5 ปี	1. ไม่มีทะเบียน และไม่ สามารถ ค้นหาจาก ระบบได้ 2. ไม่มีใบ รายงานผล	1. ใบรายงาน มีข้อมูลไม่ ครบถ้วน 2. ไม่มีลายมือชื่อ และชื่อ-สกุล ผู้วิเคราะห์/ ผู้ตรวจสอบผล	1. มีสำเนา รายงานผล ปีปัจจุบัน 2. ใบรายงาน มีข้อมูลครบถ้วน	1. ไม่มีทะเบียน แต่สามารถ ค้นหาจาก ระบบได้ 2. ใบรายงานมี ข้อมูลครบถ้วน	1. มีทะเบียน การส่งต่อและ มีผลการตรวจ 2. ใบรายงานมี ข้อมูลครบถ้วน	- ตรวจ เอกสาร - สอบถาม - หลักฐาน การส่งต่อ
รวม							
คะแนนที่ได้ /คะแนนเต็ม							
คิดเป็นร้อยละ							

### โปรดลงชื่อตัวบรรจง

- 1) ชื่อ - สกุล ..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- 2) 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 คะแนนของหมวดที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Lab) จะได้คะแนนเท่ากับ 0 (ศูนย์)
2. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการ ตรวจวิเคราะห์จริง
3. รายการทดสอบทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ที่ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ให้บริการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติม ต้องอยู่ในการกำกับดูแลของนักเทคนิคการแพทย์และให้ทำการประเมินทุกรายการตรวจวิเคราะห์รวมในเกณฑ์
4. การจัดหา IQC material ให้ รพช./รพท./รพศ./คปสอ. (นอกไม่มีให้จัดตั้งทีมตรวจสอบคุณภาพภายใน) ดำเนินการเพื่อให้ (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ทำ IQC และส่งรายงานผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
5. การทำ IQC ของการตรวจ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบความเร็วรอบเครื่องปั่น และเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน แผ่นสเกล อ่านค่า Hematocrit
6. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย รพช./รพท./รพศ./CUP/ (ควรมีการประสานหรือทำแผนให้ทีมภายนอกเข้ามาตรวจสอบคุณภาพ) เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ผล อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
7. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อย ดังนี้
  - 7.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
  - 7.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
  - 7.3 การส่งตัวอย่างต้องมีภาชนะนำส่งที่มีฝาปิดมิดชิด และมีการควบคุมอุณหภูมิอย่างถูกต้อง และปลอดภัย

### ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)

ส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

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

1. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
<b>1</b>	<b>การบริหารจัดการระบบยา</b>					
	การบริหารจัดการระบบยา โดยการมีส่วนร่วม ของเภสัชกร รพ.แม่ข่าย กับหน่วยบริการปฐมภูมิ	1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด ในการจัดการระบบยาระดับอำเภอ 2. มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงตามแผน อย่างน้อย ปีละ 4 ครั้ง 3. มีการสนับสนุนวิชาการจากเภสัชกร รพ.แม่ข่าย ได้แก่ การจัดอบรมวิชาการ, คู่มือ/สื่อการใช้ยาในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	1 1 1		1. คำสั่งคณะกรรมการเภสัช กรรมและการบำบัดฯ ระดับอำเภอ 2. แผนการปฏิบัติการฯ 3. สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือเอกสาร อื่นๆ ฯลฯ 4. คู่มือ/สื่อการใช้ยาหน่วย บริการปฐมภูมิ	
<b>2</b>	<b>การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ</b>					
	2.1 มียาใช้อย่างเหมาะสม และเพียงพอ	1. มีบัญชีรายการยา หน่วยบริการปฐมภูมิ 2. มียาช่วยชีวิตใน หน่วยบริการปฐมภูมิ และคู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต 3. มีหลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับ ศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	1 1 1		1. บัญชีรายการยา หน่วย บริการปฐมภูมิ/ 2. ตรวจสอบ Emergency box และ มียาช่วยชีวิต มีดังนี้ 2.1. Adrenaline injection 1:1000	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					2.2 Steroid injection เช่น Dexamethasone injection หรือ Hydrocortisone injection 2.3 Chlorpheniramine injection 2.4 50% Glucose injection 2.5 ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ 3. คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต 4. หลักเกณฑ์หรือขอบเขตในการสั่งใช้ยาที่สอดคล้องกับศักยภาพผู้สั่งใช้ยา	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	2.2 มีการเฝ้าระวัง การใช้ยาเพื่อลดปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยแพ้ยาล และ ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin	1. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาล 2. มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin 3. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาลโดยการติดสติ๊กเกอร์ ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin โดยการติดสติ๊กเกอร์ใน family folder หรือวิธีการอื่นใด 5. มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาลเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไป ประเมินแพ้ยาลต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร 6. มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง โดยการ ติดสติ๊กเกอร์ในเวชระเบียน หรือวิธีการอื่นใด	1 1 1 1 1 1		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาลและ ผู้ป่วยที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin ในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย กรณีแพ้ยาล	
<b>3</b>	<b>คลังยาและเวชภัณฑ์ หรือ ตู้เก็บยาล</b>					
	3.1 มีสถานที่จัดเก็บยาล และเวชภัณฑ์ตามมาตรฐาน และจัดเก็บอย่างเหมาะสม	1. ประตุมีกุญแจล็อค 2 ชั้น 2. มีแนวทางการเปิด/ปิด คลังยาล ชัดเจน 3. ไม่พบยาลและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง 4. มีการแยกประเภทยาล เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาล (วชย) วัสดุ (วสด) และวัสดุอื่นๆ ชัดเจน	1 1 1 1		- ประตุมีกุญแจล็อค 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมาย ให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจ คนละดอก - แนวทางการเปิด-ปิด คลังยาล ตามบริบทของ หน่วย บริการปฐมภูมิ	มาตรฐานคลัง ยาลกำหนดไว้ เป้าหมาย คือ ความปลอดภัย ป้องกัน การสูญหาย *** กรณี หน่วย บริการไม่มีคลัง ยาล และใช้คลัง ยาลร่วมกับ รพ.

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
						แม่ข่าย โดยมี หลักฐานเป็น ผู้รับผิดชอบร่วม
	3.2 มีการควบคุมสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น</li> <li>2. บันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน</li> <li>3. ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °c และความชื้นไม่เกิน 70 %)</li> <li>4. คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</li> </ol>	1 1 1 1		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีกลิ่นอับชื้นยาไม่ถูกแสงแดด</li> <li>- เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น</li> <li>- แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น</li> </ul> <p>กรณีที่ไม่ได้จัดให้มีคลังยา (มีการสำรองยาไม่เกิน 2 สัปดาห์) ให้ตามรอยคะแนน</p>	<b>ประเมินจาก คลังยา/ตู้ยาที่ เป็น จุดจ่ายยา ให้กับ หน่วย บริการปฐมภูมิ</b>
	3.3 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบหรือทะเบียนคุมการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สุ่ม stock card นัбыา 10 รายการ ตรงทุกรายการ</li> <li>2. มีใบเบิกยาจากคลังยาโรงพยาบาล และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)</li> <li>3. ใบเบิกยาจากคลังยา รพ./กองเภสัชกรรม สอดคล้องกับ stock card</li> <li>4. มีใบเบิกยาจากคลังหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังจุดจ่ายและมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ)</li> <li>5. ใบเบิกยาจากคลังยา หน่วยบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับ stock card</li> </ol>	1 1 1 1 1		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มี รบ.301/วภ.6 /stock card/ทะเบียนคุมการเบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์</li> <li>- วัสดุการแพทย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์</li> <li>- ตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ ข้อมูล จำนวนรับ และวันที่รับยาต้อง สอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจากโรงพยาบาลที่รับยาเข้าคลังหรือเอกสารจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของ</li> </ul>	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
					หน่วยบริการปฐมภูมิ - สุ่ม ใบเบิกยาของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ไปยังจุดจ่ายและ สอดคล้องกับ รบ.301 หรือ ทะเบียนคุมการเบิกจ่าย	
	3.4 การสำรองยาและ เวชภัณฑ์เพียงพอ	1. ไม่มีขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	1		- สุ่ม รบ.301/วภ.6 /Stock Card/ ทะเบียนคุมการ เบิกจ่ายยาและเวชภัณฑ์ และตรวจนับยา ในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา	
	3.5 มีระบบการควบคุมยา หมดอายุ	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 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ และ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3 รายการ)	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
	3.6 ตู้เย็นเก็บยาตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	<ol style="list-style-type: none"> <li>อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C</li> <li>การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ</li> <li>บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน</li> <li>เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ</li> <li>ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย</li> <li>ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม</li> <li>ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือ ปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ</li> </ol>	1 1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็น และช่องแช่แข็ง	
	3.7 ตู้เย็นเก็บวัคซีนตามมาตรฐาน (แยกตู้เย็นเก็บยาและตู้เย็นเก็บวัคซีน) (ข้อละ 1 คะแนน)	<ol style="list-style-type: none"> <li>อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และอุณหภูมิช่องแช่แข็ง อยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน)</li> <li>การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ</li> <li>บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน</li> <li>เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ</li> <li>ไม่เก็บยาและวัคซีนปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย</li> <li>ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม</li> <li>ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟมเพื่อควบคุมอุณหภูมิ</li> </ol>	1 1 1 1 1 1 1		- ตรวจสอบจากเทอร์โมมิเตอร์ ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็น และช่องแช่แข็ง	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
4	<b>การใช้ยาอย่างปลอดภัยและมีความสมเหตุผล</b>					
	4.1 มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม และมีการเฝ้าระวังการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) เพื่อส่งเสริมความให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการส่งมอบยาที่ถูกต้องตามมาตรฐาน</li> <li>ยาที่ส่งมอบมีข้อมูลครบถ้วน ระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา</li> <li>มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)</li> <li>มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน หน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ol>	1		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ชงยา, ฉลากยา</li> <li>- สาริตการจ่ายยาให้ดู</li> <li>- บันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error)</li> <li>- มีแนวทางป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาใน หน่วยบริการปฐมภูมิ</li> </ul>	
	4.2 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องปลอดภัย	<ol style="list-style-type: none"> <li>ฉลากยาเป็นไปตามมาตรฐาน</li> <li>มีฉลากเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ มีฉลากยาภาษาไทย และ มีฉลากยาเสริม</li> <li>มีฉลากช่วยในการใช้ยา</li> <li>มีสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย</li> </ol>	1		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฉลากยาเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</li> <li>- ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา, การใช้ยาเหน็บ, การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก</li> <li>- สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ OTOP</li> </ul>	
	4.3 มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ</li> <li>มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน</li> <li>มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ</li> </ol>	1		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สอบถาม สังเกต ดูเอกสาร</li> <li>- แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ</li> </ul>	

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
		4. ร้อยละของการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ไม่เกินร้อยละ 20 5. ร้อยละของการใช้ปฏิชีวนะในโรคในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ 20 6. แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD 7. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์หญิงให้นมบุตร 8. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป กับการใช้ยา NSAIDs 9. มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	1 1 1 1 1 1		- มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรคท้องร่วงเฉียบพลัน - มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ ในบาดแผลสด จากอุบัติเหตุ - แนวทางการใช้ยาในกลุ่มโรค NCD - ข้อมูลร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ท้องร่วงเฉียบพลัน จาก โปรแกรม HDC/ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	
	4.4 มีการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน	1. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการติดตามการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโรคเรื้อรังของผู้ป่วย 2. มีการติดตามเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางไลน์และแนะนำการใช้ยาโรคเรื้อรังและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน โดยเภสัชกร 3. มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใน Family folder หรือ วิธีการอื่นใด	1 1 1		- สอบถาม และดูการบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านใน Family folder หรือ วิธีการอื่นใด	
<b>คะแนนรวม</b>			<b>63</b>			

## 2. งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	ระดับ ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ
1	<b>งานคุ้มครองผู้บริโภค</b>					
	1.1 มีการดำเนินการร่วมกับภาคี เครือข่ายภาคประชาชน ได้แก่ อสม. อสส. ร้านยา และเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	1. มีการเผยแพร่ข้อมูล/ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์ สุขภาพให้กับภาคีเครือข่าย 2. มีการตรวจสอบสารปลอมปนในผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่ม เสี่ยงด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ต่อไปนี้ - ชุดทดสอบสเตียรอยด์เบื้องต้นในยาแผนโบราณหรือ เครื่องสำอาง - ชุดทดสอบสารประกอบของปรอทเบื้องต้น ในเครื่องสำอาง - ชุดทดสอบสารไฮโดรควิโนนเบื้องต้นในเครื่องสำอาง	1  1		- สอบถาม - แบบรายงานสรุปกิจกรรม ร้านยา เครือข่ายความร่วมมือ ในการเฝ้าระวังความปลอดภัย ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	
<b>คะแนนรวม</b>			<b>2</b>			

## ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	3		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการมอบหมายงานพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงาน</li> <li>- การอบรมฟื้นฟูความรู้ อย่างน้อย 1 วัน (นับย้อนตั้งแต่วันที่ตรวจประเมิน)</li> <li>- การอบรมความรู้ มีหลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เอกสารการอบรม</li> </ul>	<p>พี่เลี้ยงระดับอำเภอ หมายถึง ICN หรือ RN ของ CUP</p> <p>* กรณี หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่มี RN ให้ หน่วยบริการปฐมภูมิ แม่ข่าย หรือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อของ CUP เป็นผู้รับผิดชอบร่วม โดยมีคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ</p>
	1.1.1 มีพี่เลี้ยงระดับอำเภอ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1			
	1.1.2 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ	1			
	1.1.3 พยาบาลผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1			
	1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2		<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงาน</li> <li>ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ สอบถามบุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ</li> </ul>	
	1.2.1 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	1			
	1.2.2 คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการปรับปรุงภายใน 5 ปี	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน	2.1 ระบบการเฝ้าระวัง	5		- ดูทะเบียนผู้ป่วยสำคัญ เช่นผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เสี่ยงต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือดที่ต้องเฝ้าระวังและมีแผนคัดกรองหรือป้องกันโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค โควิด เป็นต้น	
	2.1.1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยแต่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	3			
	2.1.2 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	2			
	2.2 การตรวจสอบสุขภาพบุคลากรประจำปี	5		- ดูแผนการตรวจสอบสุขภาพ - ดูผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปี - ดูแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	การตรวจสอบสุขภาพประจำปี การวิเคราะห์การตรวจสอบสุขภาพ หมายถึง การวิเคราะห์จากผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปี แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.2.1 บุคลากรตรวจสอบสุขภาพประจำปีแต่ไม่ครบ 100%	1			
	2.2.2 มีข้อ 2.2.1 ครบ 100 %	2			
	2.2.3 มีข้อ 2.2.2 และมีผลการวิเคราะห์การตรวจสอบสุขภาพ	3			
	2.2.4 มีข้อ 2.2.3 และมีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย	4			
	2.2.5 มีข้อ 2.2.4 และ บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	5			
	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	5		- ทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีน รอบปีปฏิทิน - สมุดบันทึกการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	- มีการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ที่จำเป็นแก่บุคลากร เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และวัคซีน
2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น ตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 51 – 60	1				
2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น ตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 61 – 70	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
	2.3.3 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 71 – 80	3			ที่ป้องกันกันโรคระบาดตามการระบาดของแต่ละพื้นที่ - บุคลากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึงกลุ่มที่มีการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ	
	2.3.4 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไป	4				
	2.3.5 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 81 ขึ้นไปและบุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการให้วัคซีนตามความเหมาะสม	5				
	2.4 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง	5		- คู่มือประกาศ/โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน - สุ่มถามบุคลากร 1 คน - รายงานการเกิดอุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	<u>แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง</u> หมายถึงแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทง เช่น ไขมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วหรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็น	
	2.4.1 มีการติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ในบริเวณที่มองเห็นชัดเจน	1				เข้าตา จมูก หรือ ผิวหนังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งเป็นต้น
	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				
	2.4.5 มีข้อ 2.4.4 และเมื่อเกิดอุบัติเหตุ มีการบันทึกและรายงานตามแนวทางปฏิบัติ	5				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.5 การทำความสะอาดมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	5		<b>การทำความสะอาดมือ</b> - ป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ - สุ่มสอบถามขั้นตอนและวิธีการล้างมือ <b>การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b> - ถ่ายภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอนการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล - ให้อุปกรณ์การสาธิตการใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ในกรณีต่างๆ เช่น 1. กรณีที่พบผู้ป่วยที่แพร่กระจายเชื้อทาง Airborne ระยะเข้มข้น, MERS, SAR หรืออื่นๆ ตามบริบท 2. กรณีที่ต้องจัดการกับสารคัดหลั่ง (ไม่รวมการล้างเครื่องมือ)	<b>๕. moment</b> หมายถึง การล้างมือ 1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2. ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย 3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 4. หลังสัมผัสผู้ป่วย 5. หลังสัมผัสสิ่งที่ล้อมรอบผู้ป่วย  <b>อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b> หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือ เป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	2.5.1 มีการติดป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอน การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และการทำความสะอาดมือ 5 moment แต่ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้	1			
	2.5.2 มี 2.5.1 และมีอุปกรณ์ เพียงพอพร้อมใช้และจัดเก็บในสถานที่ที่เหมาะสม	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 และบุคลากรรับทราบ สามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและปฏิบัติได้ถูกต้อง	5			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม		
	2.6 การจัดแบ่งพื้นที่ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	5		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สุ่มถาม</li> <li>- ตรวจสอบสถานที่จริง</li> <li>- ป้ายสื่อสารการปฏิบัติ</li> <li>กรณีโรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่ เช่น โรคฉี่หนู โรคไข้หวัดนก คอติบ เป็นต้น</li> </ul>	การจัดแบ่งพื้นที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการแบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค และดูการจัดพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน CSSD ของ หน่วยบริการปฐมภูมิ		
	2.6.1 มีแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อปรากฏในคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1					
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และมีการสื่อสารแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ	2					
	2.6.3 มีข้อ 2.6.2 และบุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ	3					
	2.6.4 มีข้อ 2.6.3 และมีการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	4					
	2.6.5 มีข้อ 2.6.4 และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	5					
	2.7 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน	3				สอบถาม เจ้าหน้าที่/ลูกจ้างเกี่ยวกับแนวทางการทำลายเชื้อและปฏิบัติตามแนวทาง	เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อ หมายถึง
	2.7.1 มีเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ปราศจากเชื้อที่เพียงพอต่อการใช้งาน	1					

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.7.2 มีข้อ 2.7.1 และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อน การจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	1		การทำลายเชื้อ/ทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการควบคุมด้านกายภาพ ทุกครั้งก่อนนึ่ง</li> <li>2. มีการควบคุมด้านเคมี ภายนอกทุกหีบห่อ</li> <li>3. มีการควบคุมภายในหีบห่อ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ</li> <li>4. มีการควบคุมคุณภาพ ด้านชีวภาพอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเครื่องต่อเดือน</li> <li>5. มีการจัดเก็บอุปกรณ์ ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง</li> <li>6. มีระบบการเรียกคืน อุปกรณ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานมีการระบุ วันหมดอายุ บนอุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ</li> </ol> <p><u>เพียงพอ</u> หมายถึง เพียงพอต่อการให้บริการ</p>
	2.7.3 มีข้อ 2.7.2 และไม่พบของหมดอายุ	1			
3. การจัดการ มูลฝอยทุกชนิด อย่างถูกสุขลักษณะ	- มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยอินทรีย์มูลฝอยอันตรายและนำไปกำจัดตามมาตรฐาน ที่หน่วยงานกำหนด	1			- สังเกต สอบถาม/สัมภาษณ์

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
4. การจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ	หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ใน 6 หัวข้อ คือ				<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสารที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- สังกัด สอบถาม/สัมภาษณ์</li> </ul>
	<b>4.1 บุคลากร</b>	<b>2</b>			
	1) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบการเก็บขนและกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อซึ่งได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับ การแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขแล้ว	1		<ul style="list-style-type: none"> <li>- หลักฐานการฝึกอบรม คือ ใบประกาศ ตามแบบของ กรมอนามัย</li> <li>- มีหลักฐานมอบหมาย จนท. เก็บขนและ ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ</li> </ul>	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2) ผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ	1			
	<b>4.2 การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ (ณ ห้องตรวจ)</b>	<b>2</b>		- ต้องมีถังขยะติดเชื้อ - มีถังเก็บของมีคม	
	1) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด	1			
	2) มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อ ระหว่างวัสดุของมีคม และวัสดุของไม่มีคม	1			
	<b>4.3 การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ</b>	<b>6</b>			
	1) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคม มีลักษณะเป็นกล่องหรือถังที่ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุและการกัดกร่อนของสารเคมี มีฝาปิดมิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้	1			
	2) มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของมีคมต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วน ของภาชนะบรรจุ	1			
	3) ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุของไม่มีคม มีลักษณะเป็นถุงสีแดงทึบแสง ทำจากพลาสติกหรือวัสดุอื่นที่มีความเหนียว ไม่ฉีกขาดง่ายทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนัก กันน้ำได้ ไม่รั่วซึมและไม่ดูดซึม	1			

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	3) มีการเคลื่อนย้ายภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไปเก็บกักที่พักรวมทุกวัน	1			
	4) มีการทำความสะอาดภาชนะรองรับและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานทุกวัน ในบริเวณที่จัดไว้เฉพาะและน้ำเสียที่เกิดจากการล้างทำความสะอาดมีการระบายลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย เช่น บ่อเกรอะ บ่อซึม ถังบำบัดน้ำเสียสำเร็จรูป เป็นต้น	1			
	<b>4.5 บริเวณที่พักภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ</b>	<b>5</b>			
	1) แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่อับชื้น	1			
	2) ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณที่เก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษาสถานที่ ประกอบ ปรุง เก็บ หรือสะสมอาหาร	1			
	3) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ พื้นผิวเรียบทำความสะอาดง่าย ไม่รั่วซึม มีฝาปิดมิดชิด	1			
	4) ภาชนะรองรับมูลฝอยติดเชื้อ มีความจุเพียงพอ	1			
	5) มีข้อความแสดงซึ่งมีขนาดและสีที่สามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ”	1			
	<b>4.6 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ แบ่งเป็น 3 กรณี ดังนี้</b> หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบใด (เลือก 1 วิธี ตามการจัดการของ หน่วยบริการปฐมภูมิ)	<b>2</b>			
	4.6.1 กรณีดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อเอง	2			
	1) ได้รับความเห็นชอบจากราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2) ผู้ปฏิบัติงานในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีการสวมชุดป้องกัน อันตรายส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงาน 3) บริเวณโดยรอบเตาเผามูลฝอยติดเชื้อสะอาด 4) มีบ่อรองรับเถ้ามูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ	1		- ต้องทำได้ ข้อ 2 - ข้อ 4 ครบทุกข้อ ถึงจะได้ 1 คะแนน	
	4.6.2 กรณีส่งให้โรงพยาบาลที่รับเป็นศูนย์รวมการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ	2		มีหนังสือสั่งการ/ข้อตกลง/ เอกสาร ระหว่างหน่วย บริการปฐมภูมิ และ รพ. แม่ข่าย หรือหน่วยกำจัด ขยะเอกชน	
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื้อ ไปกำจัด และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่ามีการนำมูลฝอย ติดเชื้อไปกำจัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) ภาชนะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อสำหรับส่งกำจัดที่โรงพยาบาล ต้องมีลักษณะ ดังนี้ - เป็นภาชนะที่มีฝาและผนังทึบ ทำด้วยวัสดุทำความสะอาด ง่าย มีฝาปิดมิดชิด ป้องกันการรั่วไหลของเหลวภายในได้ และมีระบบป้องกันการตกหล่นในระหว่างการเคลื่อนย้าย - ด้านข้างภาชนะมีข้อความว่า “ภาชนะรวบรวมมูลฝอย ติดเชื้อ ห้ามเปิด ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น”	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	4.6.3 กรณีให้ผู้อื่นกำจัดให้	2		มีหนังสือสั่งการ/ข้อตกลง/ เอกสาร ระหว่างหน่วย บริการปฐมภูมิ และ รพ. แม่ข่าย หรือหน่วยกำจัด ขยะเอกชน	
	1) มีหนังสือ/เอกสารแสดงชื่อหน่วยงานที่รับมูลฝอยติดเชื่อ ไปกำจัดที่ได้รับอนุญาต และแสดงชื่อสถานที่กำจัดที่เชื่อได้ว่า มีการกำจัดมูลฝอยติดเชื่อด้วยวิธีที่ถูกต้อง	1			
	2) มีการใช้งานเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื่อ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1852/2556 และดำเนินการ ขนมูลฝอยติดเชื่อเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎกระทรวงว่าด้วย การกำจัดมูลฝอยติดเชื่อ พ.ศ. 2545	1			
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>60</b>			



## หมวดที่ 2

### หมวดที่ 2 มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้แต่ละหน่วยบริการและหน่วยบริหารระดับต่างๆ ดำเนินการ อันจะนำไปสู่กลไกของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้เกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

#### 2.1 มาตรการสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองตามแบบการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ลงบันทึกในระบบตามที่ตั้งงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปีละหนึ่งครั้ง พร้อมทั้งรายงานผลการประเมินตนเองไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรณีในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้รายงานไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่โรงพยาบาลประจำเขต และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือตามที่ตั้งงานอนามัยกรุงเทพมหานครกำหนดเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาส่วนขาดและเกิดการเชื่อมโยงที่ดีจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจนเกิดระบบบริการที่ปลอดภัย สมบูรณ์

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

2.1.4 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการประเมินมาแล้ว หากประเมินตนเองตามแบบการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ผ่านให้ทำแผนพัฒนาส่วนขาดเร่งด่วน และรายงานผลมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการแก้ไข ภายในระยะเวลาปีนั้นๆ

2.1.5 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านการประเมินเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้จัดทำแผนพัฒนาที่ชัดเจน เพื่อปรับปรุงการบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และเข้าสู่ระบบการตรวจประเมินในปีถัดไป

#### 2.2 มาตรการสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

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

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

1. ลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด โดยดำเนินการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด และตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

2. คืบข้อมูลผลการตรวจประเมิน ประเด็นข้อชี้แจง โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

3. รายงานผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัดหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ภายในสิบห้าวัน หลังจากวันตรวจประเมิน

4. รายงานผลการตรวจประเมินต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีที่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามที่กำหนด ผ่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผู้อำนวยการสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

5. หน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร เห็นสมควร

2.2.3 จัดทำแผนการตรวจประเมินพร้อมแจ้งแนวทางการตรวจประเมิน แนวทางรับการตรวจประเมิน ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน ก่อนการตรวจประเมิน

### 2.3 มาตรการสำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3.1 จัดให้มีการอบรมหรือสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดการอบรมทำความเข้าใจเกณฑ์ และแนวทางการตรวจประเมินแก่คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

2.3.2 ในกรณีที่ปรากฏข้อเท็จจริงว่า หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมิได้ ดำเนินการตามมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีหนังสือแจ้งเตือน ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินั้น เร่งดำเนินการปรับปรุงหรือแก้ไข ทั้งนี้เพื่อให้การ บริการสุขภาพปฐมภูมิมีคุณภาพและได้มาตรฐานภายในระยะเวลาที่กำหนดในหนังสือแจ้งเตือนดังกล่าว

2.3.3 ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน เมื่อได้รับรายงาน จากพนักงานเจ้าหน้าที่ กรณีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ปฏิบัติตามมาตรการ ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

### 2.4 รูปแบบและกลไกการตรวจประเมิน

2.4.1 หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินใน แบบฟอร์มตามเกณฑ์ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และส่งผลการประเมินตนเอง ให้คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างน้อยห้าวัน ก่อนการตรวจประเมิน

2.4.2 รูปแบบการตรวจประเมินยึดแนวทางการตรวจเยี่ยมเสริมพลัง มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ และมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูหลักฐานข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง หากจุดแข็งและโอกาสพัฒนา สร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

2.4.3 การตรวจประเมิน ใช้เวลาไม่เกินหนึ่งวัน ต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

2.4.4 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิคืบข้อมูล ประเด็นข้อชี้แจง โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะ ต่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

2.4.5 คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ แจ้งผลการตรวจประเมินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี ภายในสิบห้าวันหลังการตรวจประเมิน



### หมวดที่ 3 แนวทางและรายละเอียด การแจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

เมื่อคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแล้ว ให้แจ้งผลการตรวจประเมิน ตามแนวทางและรายละเอียด ดังนี้

3.1 ลงบันทึกการประเมินคุณภาพการบริการตามเกณฑ์ และแบบสรุปกะแนน ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย

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

3.2 กรรมการผู้ตรวจประเมิน สรุปผลการตรวจประเมิน ทั้งในประเด็นข้อชื่นชม และโอกาสพัฒนาข้อเสนอแนะ เสนอต่อประธานคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พิจารณาลงนามรับรองผลการตรวจประเมิน

3.3 แจ้งผลการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือ ผู้อำนวยการสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี และให้แจ้งผลการตรวจประเมินไปหน่วยงานต้นสังกัดของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งนี้ ภายในสิบห้าวัน หลังจากวันตรวจประเมิน

# ภาคผนวก

## รายละเอียดสำหรับผู้ตรวจประเมิน

### วัตถุประสงค์ :

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

### สำหรับการประเมินการขึ้นทะเบียน :

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ NPCU ที่มีหลายหน่วยบริการ ให้ลงตรวจประเมินเพียงหน่วยบริการเดียว ที่เป็นหน่วยบริการแม่ข่าย พร้อมให้หน่วยบริการภายในทีมเข้ามาร่วมด้วย และประเมินทรัพยากรร่วมในการตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

### สำหรับรายละเอียด

#### หมวดที่ 1 เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (เกณฑ์ 8 ส่วน)

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

### คำอธิบายรายส่วน

#### ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริการจัดการ

- ต้องการให้หน่วยบริการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยบริการ ให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2564 – 2575

#### ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพ

##### ประเด็น 2.1 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ

- สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วไป จะได้รับการละเว้นการประเมินคะแนนด้านทรัพยากรบุคคล ให้เพียงพอตาม พรบ. 2562

- สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียน ตาม พรบ. 2562 เป็น PCU&NPCU จะต้องประเมินผ่านทรัพยากรบุคคลตามที่แจ้ง

##### ประเด็น 2.2 ศักยภาพในการให้บริการปฐมภูมิ

- ให้มีทะเบียนประชากร ที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการ 8000 +/- 12000 อาจมีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยดำเนินการ

#### ส่วนที่ 3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

## ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ

## ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

### ด้านที่ 1 การจัดการบริการตามสภาพปัญหาของพื้นที่ OTOP

- หน่วยบริการต้องทบทวนปัญหาการจัดการบริการที่พบบ่อย เช่น โรคทั่วไป โรคระบาด หรือ ปัญหาที่พบในพื้นที่ และมีการวางแผนแก้ไขปัญหาลงอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

### ด้านที่ 2 ด้านการจัดการบริการต่างๆ

- บางหัวข้อที่มีแบบประเมินประเด็นเฉพาะ ให้อ้างอิงจากเอกสารแนบท้ายของหัวข้อ  
- การจัดการบริการ ในลักษณะการประสานการส่งต่อ ให้ประเมินเต็ม 5 คะแนน และหมายเหตุ หน่วยบริการที่ส่งต่อ ให้ดูที่บันทึกเอกสารการส่งต่อ ว่ามีการส่งต่อไปยังหน่วยงานไหน เช่น การส่งต่อทันตสาธารณสุข /ทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด

### ด้านที่ 5 การจัดการบริการในชุมชน

- ข้อ 5.2 หากหน่วยบริการมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมและสอบสวนโรคที่แยกหน่วยบริการจัดการ เช่น ภาคเอกชน หรือ สังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องสามารถอธิบายระบบการจัดการในพื้นที่ของตนเองได้

## ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- หน่วยบริการที่ไม่มีห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สามารถใช้ระบบการส่งตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน (คลินิกเทคนิคการแพทย์) ให้ประเมินคะแนนตามเครื่องมือ/ตามเอกสารการส่งต่อ

### ข้อ 6 การประกันคุณภาพการทดสอบ

- ถ้าหากไม่ทำ IQC และ EQC ด้วยตนเอง สามารถใช้เอกสารการรับรองจากหน่วยบริการแม่ข่ายโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการเฉพาะด้าน

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

2. การทำ IQC ของการตรวจ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบความเร็วรอบเครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน แผ่นสเกล อ่านค่า Hematocrit

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

## ส่วนที่ 7 ด้านการจัดการบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

## ส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ฉบับปรับปรุง

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	นายแพทย์สิริชัย นามทรศนีย์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป)	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุกีนารายณ์
2	แพทย์หญิงณภัทร สิริศักดิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	โรงพยาบาลเซกา
3	นายแพทย์ภัทรนนท์ บุญอุดมศาสตร์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลวังจันทร์
4	นายวิวรรธน์ วงศ์ตาชี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลวังยาง
5	นางวราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์	เภสัชกรชำนาญการ	โรงพยาบาลอุดรธานี
6	นางจิรายุ ผาผ่อง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลกุมภวาปี
7	นายพัฒน์นกร อุดมภัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
8	นายศรีสกุล สังกำปัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำทะเมนชัย
9	นางสาวฐานิตา พลชม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสงคราม
10	นางสาวจิราภรณ์ ผิวคำ	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8
11	นางจารุณี จันทร์เพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
12	นายเคลือบ คงสม	เจ้าพนักงานสาธารณสุข ชำนาญงาน	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
12	นางเนาวรัตน์ สัจจากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
13	นางณัฐรดา พิเศษศรี	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
14	นางสาวปิ่นฉัฐตา เอ็นนรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
15	นางสาวจิตราภรณ์ ดุสฎีพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุข	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ