





รพ.สต.ติดดาว



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี



คำนำ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และสำคัญที่สุดคือมีคุณภาพมาตรฐาน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (P&P, Service, People, Governance) การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 2 ระบบบริการ เรียกว่า รพ.สต.ติดดาว หนังสือเล่มนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ซึ่งเนื้อหาหลักประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินคุณภาพรพ.สต. 5 ดาว 5 ดี และแนวทางการดำเนินงานการประเมินรพ.สต.ในปี 2560 โดยหน่วยงานระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2560 เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

คณะทำงานพัฒนารพ.สต.ติดดาว

พฤศจิกายน 2559



สารบัญ

	หน้า
คำนิยามปลัดกระทรวงสาธารณสุข	3
บทที่ 1 แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	4
บทที่ 2 ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	6
บทที่ 3 เกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	16
บทที่ 4 แนวทางการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	121
ภาคผนวก	123





ค่านิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยอีก 20 ปีข้างหน้า มีเป้าหมายอายุเฉลี่ยประชาชนเท่ากับ 80 ปี และอายุเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีเท่ากับ 72 ปี กระทรวงสาธารณสุขจึงให้บริการประชาชนทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในการบรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เนื่องจากเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่ารักษา และเป็นกลไกที่คุ้มค่าแก่การลงทุน

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดโครงการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีชื่อเรียกว่า รพ.สต.ติดดาว ซึ่งจะมีเนื้อหาการประเมินครอบคลุมยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขคือ ความเป็นเลิศ ทั้ง 4 ด้าน โดยเน้นการทำงานเชื่อมกับหน่วยบริการแม่ข่ายได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ภายใต้นี้มีการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันในชุมชนได้แก่ ระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบคุ้มครองผู้บริโภค และระบบธรรมาภิบาล

ผมขอเป็นกำลังใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ร่วมกันพัฒนาและประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อยกระดับการให้บริการประชาชน บรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ปี 2560 เป็นปีเริ่มต้นและหวังว่าอีก 5 ปี ข้างหน้า รพ.สต.ผ่านเกณฑ์คุณภาพติดดาวทุกแห่ง ซึ่งจะทำให้เกิดสังคมสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

นพ. โสภณ เมฆธน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 1

แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยาย การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับ การให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน

ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น แต่จาก สถานการณ์การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547 – 2558) พบว่า อัตราการใช้บริการ ผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น สถานการณ์บุคลากรยังขาดแคลน เช่น วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพบริการโรคเรื้อรังยังไม่ดีขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีความสุขดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี ในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ในขณะเดียวกัน บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มี กำนันในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้าน โดยนำตัวย่อจาก ชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือบุคลากรเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะ โลก โจร หลง ให้ได้ O คือ Originality สร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ P คือ People Centered Approach เอาประชาชน เป็นศูนย์กลาง และ H คือ Humility อ่อนน้อมถ่อมตน

ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต. ขึ้น คือ **เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)** ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ (Approach) มีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วย บริการปฐมภูมิ ในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้ง การบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร เกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการประจำและ หน่วยบริการปฐมภูมิ ของ สปสช. มุ่งเน้นพัฒนา ศักยภาพการจั้ดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุข



ของหน่วยบริการ เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ไปใช้ในการทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมีความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นการเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration)

นอกจากนั้น กระบวนการประเมิน รับรอง รพ.สต.ติดดาว (Accreditation) จะช่วยกระตุ้นสนับสนุน และเสริมพลังให้ทีมงานในพื้นที่ให้ทำงานประสบความสำเร็จโดยใช้กระบวนการเยี่ยมผู้ปฏิบัติงานด้วยการดูแล (Caring) จากวิชาชีพเครือข่ายบริการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการให้คำแนะนำในการดำเนินงาน (Coaching) ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและการให้คุณค่า (Appreciation) กับทีมงานพื้นที่ หลังการประเมินมีการถอดบทเรียน (Learning) และมอบรางวัลให้กำลังใจในทีมงาน (Award)

ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เกษตรกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีบทบาทในการพัฒนาและลงเยี่ยมสำรวจและตรวจประเมินเพราะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และเป็นการลดข้อจำกัดด้านบุคลากรที่เป็นวิชาชีพเฉพาะที่ขาดแคลนใน รพ.สต.ได้ โดยอาศัยการแบ่งปันทรัพยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผลพลอยได้ที่เกิดขึ้นคือความสามัคคีในทีมงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างความสัมพันธ์อันดีในเครือข่ายบุคลากรด้านสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจกันในทีมงาน เข้าถึงและพัฒนางานให้เหมาะสมกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งการประเมินมีในทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต

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

บทที่ 2

ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

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

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

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)	แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies
มีการกำหนดทิศทาง แนวทางการกำกับดูแลตนเองที่ดี ถ่ายทอดสื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้ง รพ.สต. และกำหนดวิธีการ ทบทวนผลการดำเนินการของ รพ.สต. เพื่อให้บรรลุพันธกิจของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมที่แสดงความรับผิดชอบ ต่อสังคมอย่างมีจริยธรรมและเป็น รพ.สต. ที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของสังคม วางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ รพ.สต. ร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอก ในการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะยาว และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นไปตามพันธกิจ และวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในด้านการวัดการเลือก รวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูล สารสนเทศ เพื่อผลักดันให้เกิด การประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผน พัฒนาการจัดการและกระบวนการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ	Governance excellence



<p style="text-align: center;">การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)</p>	<p style="text-align: center;">แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies</p>
<p>รพ.สต. รับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากร กลุ่มเป้าหมาย และสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับรู้ ความต้องการความคาดหวัง และความนิยมของประชากรเป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทันสมัย เพื่อให้มั่นใจว่าจัดการดำเนินงานได้ตอบสนอง และสอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความประทับใจต่อประชากรเป้าหมาย ชุมชน ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นศรัทธา การยอมรับ และความพึงพอใจในระบบบริการของ รพ.สต. โดยมีการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวม ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และบริการที่เป็นองค์รวมต่อเนื่อง 2. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัวแบบผสมผสานเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง 3. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันการณ 4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน 	<p style="text-align: center;">PP excellence</p>
<p>ตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกันการสร้างและรักษาภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.</p>	<p style="text-align: center;">People excellence</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดระบบสนับสนุนบริการ (ควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การจัด อาคารสถานที่ และพัฒนาสิ่งแวดล้อม 1.2 ระบบเฝ้าระวัง ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ 1.3 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และคุ้มครองผู้บริโภค 1.4 การจัดระบบการบริการด้านชั้นสูง 1.5 การจัดหา บำรุงรักษา การซ่อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์ 2. การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ <p>การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน / วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผลมิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน</p>	<p style="text-align: center;">Service excellence</p>

โดยมาตรฐานประกอบด้วย 5 ส่วน ต่อไปนี้ คือ บริหารดี ประสานงานดี ภาคมีส่วน ร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีความสุขดี จึงเป็นที่มาของคำว่า รพ.สต.ติดดาว (5 ดาว 5 ดี)



ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยใน

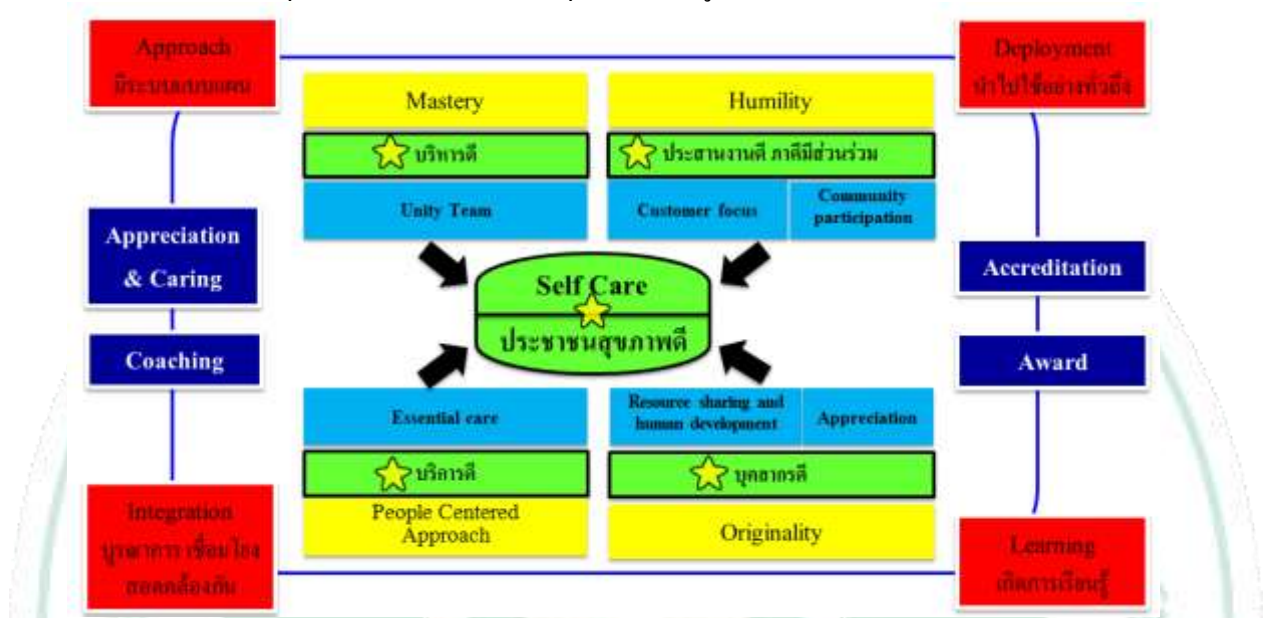
M คือ Mastery การมีภาวะผู้นำในทุกกระดับ มีการให้ความสำคัญและให้น้ำหนักคะแนน ในเกณฑ์คุณภาพส่วนที่ 1 สูง คือ เรื่องการบริหารงานที่ดี การนำองค์กรและการจัดการดี เช่น ผู้บริหารทุกระดับ กำหนดทิศทางพัฒนาที่ชัดเจน ต้องมีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) คณะกรรมการสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องทำงานร่วมกับรพ.สต.เพื่อจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน เป็นต้น ถ้าส่วนนี้ไม่สำเร็จอาจทำให้การพัฒนาในส่วนอื่นไม่สำเร็จตามมาได้ O คือ Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 3 รพ.สต. มีระบบการพัฒนาการเรียนรู้ สร้างนวัตกรรมงานวิจัย ที่ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่สุขภาพดี เป็นต้น

P คือ People Centered Approach เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 4 เน้นให้มีการจัดบริการที่จำเป็นเหมาะสม (Essential care) ให้สอดคล้องกับปัญหาชุมชน (ODOP) ครอบคลุมทุกประเภทและกลุ่มวัย

H คือ Humility บุคลากรต้องอ่อนน้อมถ่อมตน เกณฑ์คุณภาพ ในส่วนที่ 2 การประสานเครือข่ายได้ต้องการการทำงานเป็นทีม มีความอ่อนน้อมถ่อมตน ทำให้การทำงานราบรื่น

สุดท้ายผลการพัฒนาก็จะทำให้บรรลุเป้าหมาย คือประชาชนมีความสุข เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี ในที่สุด

กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว สรุปตามแผนภูมิต่อไปนี้



เอกสารอ้างอิงอื่นในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อลดความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว เช่น

1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS-PCA)
2. เกณฑ์การประเมินคัดเลือก โรงพยาบาล ลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ดีเด่น/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ดีเด่น ปี 2559
3. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 /จังหวัดสิงห์บุรี/จังหวัดอุทัยธานี ปี 2559
4. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2559
5. 4 Excellence Strategies
6. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560
7. เกณฑ์จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ(Quality and outcomes framework : QOF) ปีงบประมาณ 2560
8. คู่มือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ปี 2558
9. เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ” ปี 2559 – 2560 (สปสช.)

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ให้เกิดการบริหารจัดการที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และมีเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ

3. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน

โดยมีความคาดหวังว่า ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวจะได้รับบริการที่ได้มาตรฐานใน 5 ประเด็น (5 ดาว 5 ดี) ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อยคือ

1. ประชาชนได้รับบริการในสถานบริการที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนร่วม สามารถจัดการเรื่องระบบบริการ การเงิน โครงสร้าง สถานที่ และอุปกรณ์ รวมถึงระบบสนับสนุน ทำให้หน่วยบริการทำงานเพื่อประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

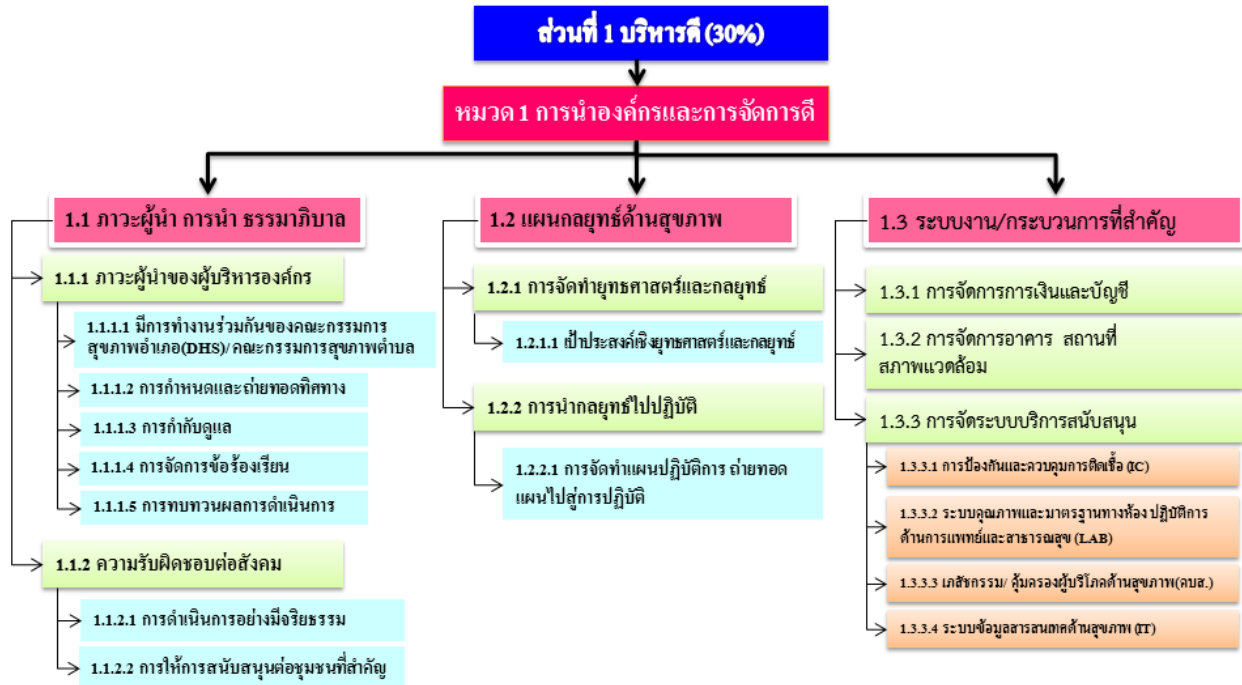
2. หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

3. บุคลากรที่ให้บริการมีเพียงพอเหมาะสม มีศักยภาพ และมีความสุขในการให้บริการ รวมถึงมีกลไกทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งมีความสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ได้

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

5. ประชาชนมีสุขภาพดี มีกลไกสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีการติดตามผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อนำไป พัฒนานวัตกรรม การจัดการความรู้ นำไปสู่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

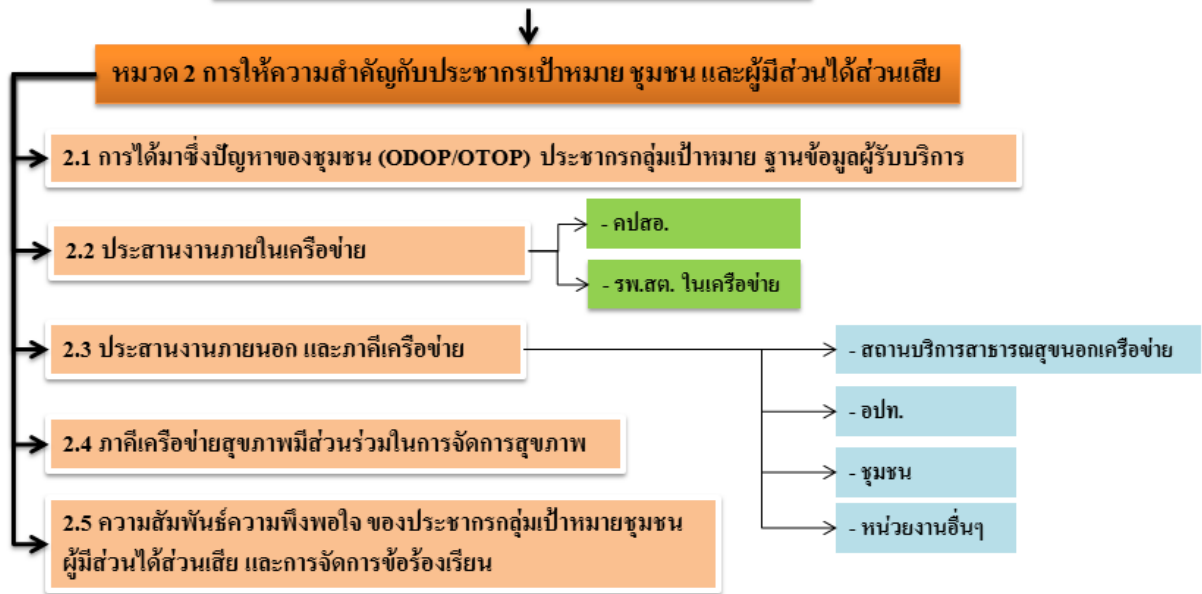
เนื้อหาของมาตรฐานในแต่ละส่วนมีดังต่อไปนี้



ผู้บริหารมีส่วนสำคัญในการพัฒนา แต่การมีภาวะผู้นำมีส่วนสำคัญเช่นกันแม้ไม่ได้เป็นผู้บริหารก็ตาม เช่น สามารถประสานงาน ผู้บริหาร ภาควิชาเครือข่าย ให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น ผู้นำหรือทีมผู้นำ มีนโยบายที่ชัดเจนและมีช่องทางการสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้นำของภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการทำงาน มีการให้ความสำคัญกับข้อร้องเรียนมีการจัดระบบรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการแก้ไข มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมาย ระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคมโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดูแลกันในชุมชนให้มีสุขภาพดี

นอกจากนี้ระบบการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเงิน อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม พัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) เกษีกรรม/คู่มือรองผู้บริโภคดีด้านสุขภาพ (คปส.) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในหน่วยบริการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

ส่วนที่ 2 ประสานงานภาคีมีส่วนร่วม (10%)



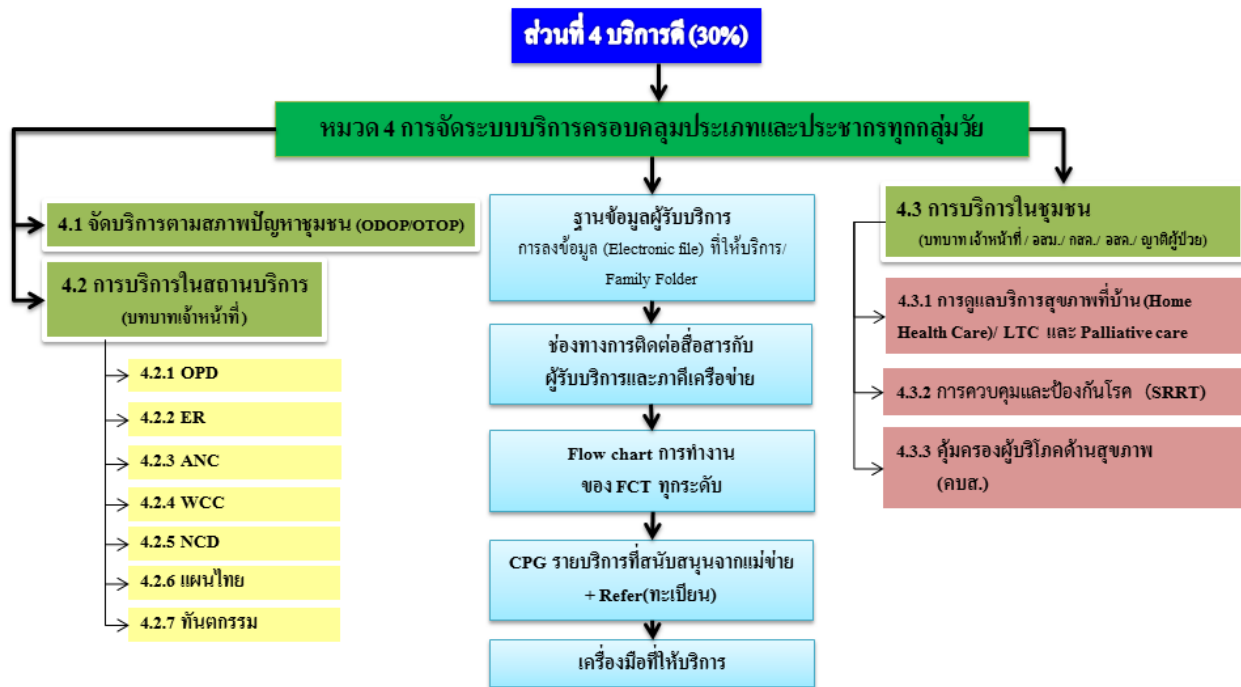
ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่ายและภาคีเครือข่าย มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างความร่วมมือ ร่วมกันคิด ค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผน โครงการแก้ปัญหา ร่วมกันทำ ร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึงประเมินผลและเรียนรู้ไปด้วยกัน ส่งผลให้ประชาชนมีความสุขดีและพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียน

นอกจากการประสานงานกับภาคีเครือข่ายแล้วการประสานภายใน คปสอ. หรือ รพ.สต. มีแนวทางชัดเจน นำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมตามบริบท

ส่วนที่ 3 บุคลากร (10%)



เพื่อให้เกิดการบริการที่ดี ควรมีการวางแผนเรื่องอัตรากำลัง สำรองส่วนขาด วางแผนการสรรหาบุคลากรให้ตรงตามความต้องการ มีการมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการพัฒนาคุณภาพบุคลากร สร้างแรงจูงใจ สร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ให้รางวัล ประเมินผลอย่างเป็นธรรม การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจ อันเป็นเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดีแล้วเจ้าหน้าที่ต้องมีความสุขในการทำงานด้วยและเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพยั่งยืน ในการพัฒนาบุคลากร รวมถึงการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้

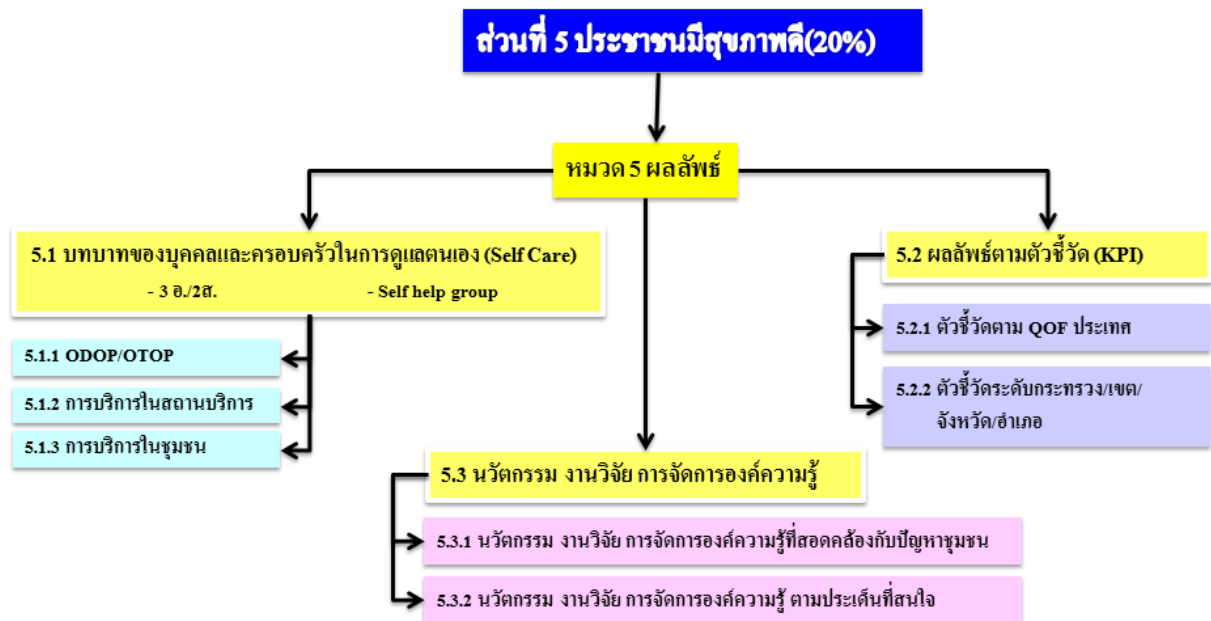


หน้าที่สำคัญของรพ.สต. คือ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

การพัฒนางานเชิงรับในสถานบริการ รพ.สต.เป็นหน่วยบริการด่านหน้า สามารถให้บริการที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พิษฟู และทุกกลุ่มวัย ได้แก่การบริการตรวจรักษาโรคแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การฝากครรภ์ คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี การฟื้นฟูโดยแพทย์แผนไทยหรือกายภาพบำบัด และงานทันตกรรม มีเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการให้บริการประชาชน

การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ การควบคุมโรคระบาด การคุ้มครองผู้บริโภค

ในการบริการต้องมีการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงอาศัย Clinical Practice Guidelines (CPG) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นแนวทางให้บริการและสามารถปฏิบัติได้จริง สร้างช่องทางการสื่อสารระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อผู้ป่วยกรณีเกินขีดความสามารถ เพื่อให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ มีการบันทึกข้อมูลบริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เก็บรักษาในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย



สุดท้ายผลลัพธ์ในการทำงานคือ ประชาชนมีสุขภาพดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวได้ รวมถึงร่วมกันดูแลกันในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ได้รับบริการด้านสุขภาพครบถ้วนเหมาะสม มีการติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลกลาง คือ HDC และนำข้อมูลมาวิเคราะห์สร้างนวัตกรรม งานวิจัย สอดคล้องกับปัญหาชุมชน เพื่อหาโอกาสพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

เนื่องจากรพ.สต.แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันไปตามลักษณะประชากร ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม ประเพณี เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ศาสนา รวมทั้งจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ดังนั้นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว นี้จึงเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำ สำหรับเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาคุณภาพในรพ.สต.ให้สามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างเหมาะสม คณะทีมตรวจประเมินและผู้รับการประเมินต้องทำความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาวอย่างละเอียด มีข้อตกลงในการประเมินร่วมกัน เพื่อให้การพัฒนาบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างแท้จริง นอกจากนั้น พื้นที่ที่สามารถพัฒนาคุณภาพเพิ่มเติมจากเกณฑ์นี้ได้ อันเป็นการพัฒนาต่อยอด ต่อเนื่อง เป็นการพัฒนาตามวงล้อ PDCA ที่ไม่มีสิ้นสุด



อนึ่ง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ คือการทำงานร่วมกันของ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ภาคีภาคส่วน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ภาคเอกชน และประชาชน ซึ่งต้องอาศัยการนำองค์กร และการจัดการที่ดี นอกจากนั้นต้องอาศัยการนำของผู้บริหารทุกระดับ จึงสามารถขับเคลื่อนนโยบายและงานสำคัญให้ประสบความสำเร็จ ได้ จึงมีการให้น้ำหนักคะแนนในส่วนนี้สูง เช่นเดียวกับ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย เป็นงานหลักที่สำคัญของรพ.สต.จึงต้องมีคุณภาพได้มาตรฐานสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่าจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ในหน่วยบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจของตน การบริการที่ดีจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการสนับสนุนที่ดีด้วยเช่นกัน มาตรฐานในส่วนที่เหลือจึงมีความสำคัญเช่นกัน จึงควรพัฒนาควบคู่กันไปเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด



บทที่ 3

เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมชาติบาล	(14)		- สัมภาษณ์ / บันทึก และรายงานการ ประชุม	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้างและกลไกการ ตัดสินใจของผู้นำในองค์กร
	1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	(10)		- มีโครงสร้างองค์กร มีคณะกรรมการ/ คณะทำงาน	การสื่อสาร การนำผลการ ตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การ ปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนา ผู้นำ/ผู้บริหาร การปลูกฝัง คำนิยาม ทิศทาง ความ คาดหวัง รวมทั้ง
	1.1.1.1 มีการทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ(DHS)/ คณะกรรมการสุขภาพตำบล	(2)		มีระบบการทำงาน การมอบหมายงาน ที่ชัดเจน	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ คณะกรรมการสุขภาพ อำเภอ (DHS) หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) องค์กรปกครองส่วน
	- ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน ร่วมกัน	0			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง	1			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ทุก 3 เดือน	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					<p>ท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็น ต้น โดยมีการทำงานด้าน สุขภาพร่วมกันของทุกภาค ส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มี ความสัมพันธ์สามารถ ประสานและสามารถ เชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมี เป้าหมายเดียวกัน</p> <p>คณะกรรมการสุขภาพ ตำบลหมายถึง ผู้แทนจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ สต.) องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน สาธารณสุขอื่นๆ วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคมซึ่ง รวมถึง อสม.และผู้แทน ชุมชนอื่นๆ</p>



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอด ทิศทาง	(2)		- พิจารณาจากข้อมูล CPP (Contracting Provider Profile) ร่วมกับการสัมภาษณ์ ทีมงานผู้รับผิดชอบ โดยอธิบายแสดง พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม แผน ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการ ในการ จัดบริการ สาธารณสุข โดย พิจารณาความ สอดคล้องกับสถานะ ของผู้รับบริการและ ตามบริบทของพื้นที่/ มีแผนงานที่ สอดคล้องกับ แผนงานของ CUP ที่ ระบุเป็นลายลักษณ์ อักษรที่ชัดเจน	วิสัยทัศน์ หมายถึงการมอง ไปใน อนาคต(Future Perspective) เป็นสิ่งที่จะ บอกถึงสิ่งที่องค์กรอยากจะเป็น ในอนาคตและการ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมต้องคำนึงถึงความ ต้องการหรือผลประโยชน์ จากประชาชน ชุมชน สังคม และผู้ได้รับ ผลกระทบในพื้นที่ รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็ง ขององค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์และ เป้าประสงค์ อาจกล่าวถึง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ ประชาชนหรือรูปแบบ การบริการที่ปรารถนาใน อนาคต 3-5 ปี เป็นต้น
	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มี แผนงานและโครงการ ที่สอดคล้องกับ สถานะสุขภาพของผู้รับบริการ และ บริบทของพื้นที่ มีการสื่อสารให้บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ระบุ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน	0			
	- ไม่มีเอกสาร ไม่มีการดำเนินงาน	1			
	- มีเอกสารไม่ครบถ้วน มีการ ดำเนินงานแต่ไม่มีการวิเคราะห์ผลการ ดำเนินงาน	2			
	- มีเอกสารครบถ้วน มีการ ดำเนินงานและมีการวิเคราะห์ผล สรุปผล การดำเนินงาน				
				- พิจารณาเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบมี แผนงานที่สอดคล้อง กับแผนงานของ CUP และสอดคล้อง กับสถานะสุขภาพ	การสื่อสารทิศทางของ องค์กร หมายถึงการสื่อสาร ทิศทางขององค์กรใน อนาคตที่ต้องการให้ บุคลากรในองค์กรได้รับ ทราบและเข้าใจเมื่อได้ จัดทำวิสัยทัศน์และกำหนด



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี				ของผู้รับบริการ - พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจของ บุคลากรและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียในการนำ วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การ ปฏิบัติ	เป้าประสงค์ คำนิยาม และ ความคาดหวังขององค์กร แล้วจะต้องมีกระบวนการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับ และนำไป ปฏิบัติอย่าง จริงจัง ผู้บริหารสามารถ ดำเนินการได้หลายวิธีแต่ วิธีการหนึ่งที่มี ประสิทธิภาพได้แก่การ สื่อสาร แบบสองทิศทาง (Two Way Communication) สร้าง บรรยากาศที่ดีในทุก รูปแบบที่สามารถ ดำเนินการได้ กระตุ้นให้ บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียรับทราบ เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของ ทิศทางดังกล่าวร่วมกัน สามารถดำเนินการได้อย่าง มีประสิทธิภาพ และมีความ ผาสุก



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1.1.1.3 การกำกับดูแล	(2)		- โครงสร้างการบริหาร	การกำกับดูแล หมายถึง การแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี
	มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกันทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วมตรวจสอบได้			- ระเบียบปฏิบัติ การกำกับดูแลตนเอง	ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้าน
	- ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ	0		- มาตรฐานหรืออื่นๆ ที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร	การเงิน ความโปร่งใสใน
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน	1		- กฎระเบียบ หรือ นโยบายที่เกี่ยวข้อง	การดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้ง
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและมีการทบทวนพิจารณาผลการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรค อย่าง เป็นลายลักษณ์อักษร	2		- แนวทางการตรวจสอบ ประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ	ภายใน ภายนอกการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
	1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน	(2)		- บันทึกอุบัติการณ์, การจัดการแก้ไขข้อร้องเรียน, สัมภาษณ์, สัมผัส	ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการทั้งจากภายใน/ภายนอก ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ทำให้ไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไขหรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน
	มีระบบรับฟังความคิดเห็น รับข้อร้องเรียนในรูปแบบต่างๆ มีผู้รับผิดชอบ และมีแนวทางการแก้ไข มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงการบริการ และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง				
	- ไม่มีระบบ	0			
	- มีระบบ แต่ไม่มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง(น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง)และไม่เป็นลายลักษณ์อักษร	1			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีระบบ และมีผลการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง(ทุก 3 เดือน)และเป็นลายลักษณ์อักษร	2			
	1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ	(2)		แผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/ การวิเคราะห์และ ปรับปรุงแผน การดำเนินงาน	การทบทวนผลการดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็นวิธีการในการเลือกและรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินการและนำผลการดำเนินงานมาทบทวนวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
	มีการทบทวนผลการดำเนินงานและจัดทำแผน เช่น การบริหารงาน การจัดระบบสนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนาวิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผลงาน การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ได้จากการทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะของประชาชน				
	- ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน	0			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง(ปีละ 1 ครั้ง)และไม่มีผลลัพธ์ของการพัฒนา	1			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม	(4)		เอกสารแสดงกฎและระเบียบ ในการปฏิบัติงาน	พฤติกรรมที่ปฏิบัติตาม กฎหมายและจริยธรรม : หน่วยบริการ/องค์กร แสดง ให้เห็นว่ามีการระบุและ คาดการณ์ความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อ สังคม/ และความกังวลของ สาธารณะเนื่องมาจาก บริการ/ การดำเนินงานขององค์กร และมีการเตรียมการแก้ไข รวมถึงการใช้กระบวนการ ที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รักษาสิ่งแวดล้อม มีการ กำหนดกระบวนการ เพื่อให้มีการปฏิบัติตาม กฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้ง ลดความเสียหายเหล่านั้น
	1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมี จริยธรรม	(2)			
	มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นค่านิยม และวัฒนธรรมในการทำงานของ บุคลากรที่ใช้ตัดสินความถูกต้องและ ความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อ พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย				
	- ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ	0			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ	1			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลาย ลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม	2			
	1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อ ชุมชนที่สำคัญ	(2)		รูปภาพกิจกรรม/ การบันทึกการให้ การสนับสนุนชุมชน	ชุมชน (Community) ครอบคลุมทั้งชุมชน ทางภูมิศาสตร์ และชุมชน ในลักษณะอื่นๆ เช่น กลุ่ม บุคคล ที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์เพื่อ บรรลุเป้าหมายเดียวกัน หรือเครือข่ายสุขภาพ เป็น ต้น
	มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมใน การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับ ชุมชนนอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบ โดยตรง เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อ ชุมชน				
	- ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน	0			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มี	1			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีภาพหรือหลักฐานเชิงประจักษ์				การสนับสนุนชุมชน (Community support) รวมถึงความพยายามในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในด้านการให้บริการ การให้สุขศึกษา เพื่อ สุขอนามัย และการจัดการสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถ รับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ	(4)		สัมภรณ์วิธีการ จัดทำแผน/การ กำหนดเป้าประสงค์/ แผน	กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่า อาจเป็นผลหรือผลมาจาก หรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับ บุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการ เชิงบูรณาการ การตอบสนอง ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives) หมายถึงความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่องค์กรต้องการบรรลุ เพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็น
	1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	(2)			
	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	- ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	0			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	1			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					แนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร
	1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	(2)		สัมพันธภาพการนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ	การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการบุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
	1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	(2)			
	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คนงบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ				
	- ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และ ไม่มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	0			
- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติงาน	1				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ	2			แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากรที่ต้องใช้ใน ช่วงเวลาที่ ต้องทำ ให้สำเร็จ
	รวมคะแนน				



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน		แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
		มี (1)	ไม่มี (0)		
1.3.1 การจัด การการเงิน และบัญชี	1.3 ระบบรายงาน/กระบวนการที่สำคัญ			พิจารณาจากหลักฐาน	การกำกับ ติดตาม
	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน			การดำเนินงานเช่น	ตรวจสอบ การเงิน การ
	การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ			คำสั่งคณะกรรมการ/ แผนการใช้จ่ายเงิน	คลัง หมายถึงการ
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของ หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการเบิก จ่ายเงินตอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ งานการเงิน			งบประมาณ เงินบำรุง / การควบคุมการรับ	ควบคุมดูแลการใช้ จ่ายเงินแผ่นดิน และ
	2. มีแผนการใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงิน บำรุง			จ่ายเงิน/การจัดทำบัญชี เกณฑ์คงค้าง/การ	ของหน่วยงานภาครัฐให้ เป็นไปโดยถูกต้องมี
	3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็น ปัจจุบันถูกต้อง(404/407)			ควบคุมการใช้ ใบเสร็จรับเงิน/การ	วินัย คุ่มค่า โปร่งใส และสามารถตรวจสอบ
4. มีเพิ่มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างหรือ			สรุปผล/การจัดซื้อจัด จ้าง/ผลการตรวจสอบ	ได้ โดยการวางกรอบ หลักเกณฑ์กลางให้	
				ตรวจสอบภายใน	หน่วยงานภาครัฐถือ ปฏิบัติ



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน		แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
		มี (1)	ไม่มี (0)		
	มีการบันทึกบัญชีผ่านโปรแกรมการเงินอื่นๆ ได้ถูกต้องและทันตามกำหนดเวลา				
	5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และ สรุปผลการใช้ประจำปี				
	6. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ/จ้างเป็น ปัจจุบัน				
	7. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการ ตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง				

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- มีครบถ้วน 7 รายการ =5 คะแนน
- มี 6 รายการ = 4 คะแนน
- มี 5 รายการ = 3 คะแนน

คะแนนที่ได้.....



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.2 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน นเต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. สภาพแวดล้อม ภายนอกอาคาร (รวม 7 คะแนน)	1.1 การปรับปรุงสภาพ สิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร	(4)		สังเกต สํารวจ	สะอาด หมายถึงความสะอาด บริเวณสถานที่ มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อย
	- บริเวณทั่วไปไม่สะอาด	0			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด	3			
	- บริเวณทั่วไปสะอาดจัดเป็น สัดส่วนมีรั้วรอบขอบชิด	4			
	1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ การเข้าถึงบริการ			สังเกต/ สอบถาม/ สํารวจ/ สัมภาษณ์	จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วย ฉุกเฉิน คือ จุดที่กำหนดไว้ สำหรับจอดรถของผู้ป่วย ฉุกเฉินสามารถมาจอดเพื่อ รับส่งผู้ป่วยได้สะดวกและใกล้ กับจุดที่กำหนดไว้สำหรับ ให้บริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถ ผู้พิการหมายถึง จุดที่จัดไว้ สำหรับ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และ ผู้สูงอายุ ต้องเป็นพื้นที่ สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อยกว่า 2,400 มิลลิเมตร และยาวไม่น้อยกว่า
	1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับ จอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน	(1)			
	- มี	1			
	- ไม่มี	0			
	1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับจอด รถ ผู้พิการ/ผู้สูงอายุ	(2)			
	- ไม่มี	0			
- มีแต่ไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน	1				
- มีและเป็นไปตามมาตรฐาน	2				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
					6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างข้างที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิเมตร
2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส	2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบการดำเนินงาน 5 ส	(2)		การสังเกตและสัมภาษณ์	
	- ไม่มีการแบ่งพื้นที่และไม่มี การกำหนดผู้รับผิดชอบ	0			
	- มีการแบ่งพื้นที่ และ กำหนดผู้รับผิดชอบ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่	1			
	- มีการแบ่งพื้นที่และกำหนดผู้รับผิดชอบได้ครอบคลุมทุกพื้นที่	2			
	2.2 โต๊ะทำงาน	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	ป้าย ส สะดวก หมายถึง ป้าย อธิบายถึงลักษณะของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญเพิ่มหนังสือ ป้ายอุปกรณ์สำนักงานเป็นต้น ถึงขยะ หมายถึง ถึงขยะทั่วไปที่ใส่ขยะแห้ง เท่านั้น ไม่ได้ประเมินรวมกับ ถึงขยะติดเชื้อที่ต้องประเมิน ตามมาตรฐาน IC
	- สะอาดและปราศจากคราบสกปรก	1			
	- ป้ายชื่อระบุชื่อ สกุด ตำแหน่ง มีลักษณะเดียวกันทุกโต๊ะภายในห้องนั้น	1			
	- ไม่มีสิ่งของชุกได้โต๊ะทำงาน	1			
	2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/ เครื่องพิมพ์	(4)			
	- สะอาด ปราศจากคราบสกปรก	1			
- เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออกจากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่	1				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส	ใช้ประกอบการทำงานให้เรียบร้อย (ไม่มีเอกสารวางทิ้งไว้บนโต๊ะหลังเสร็จงาน)				
	- สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ต้องเก็บให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ	1			
	- มีการแยกประเภทของกระดาษพิมพ์งาน เพื่อความสะดวก และประหยัด (มีป้าย สสะดวก)	1			
	2.4 ห้องทำงาน	(5)			
	- มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื่อห้องทุกห้อง	1			
	- สะอาดปราศจากคราบสกปรก	1			
	- จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและมีป้ายบอกชัดเจน	1			
	- ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและมีถุงพลาสติกรองรับ วางไว้ในที่เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอกต้องสะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมาจนถึง	1			
- อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่งของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่องเย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกา	1				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส	เขียนแผ่นใส คัดเตอร์เป็นต้น ทำป้าย 5 ส สะดวก ให้ครอบคลุม และชัดเจน				
	2.5 ผู้เก็บเอกสาร	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	- มีป้าย 5 ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจนเป็นระเบียบ สวยงามทุกตู้	1			
	- ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูงเกินมือเอื้อมถึง	1			
	- ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหยากไย่	1			
	2.6 การเก็บเอกสาร	(2)			
	- เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้องเป็นเอกสารปัจจุบัน หรือหากมีเอกสารย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็นเอกสารที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีไหนถึงปีไหน	1			
	- มีป้าย 5 ส สะดวกให้ครอบคลุมและชัดเจนเหมือนกันทุกแฟ้มจัดเก็บเป็นระเบียบ สวยงาม	1			
	2.7 โทรศัพท์	(2)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	
	- มีหมายเลขโทรศัพท์ภายใน และภายนอกเพื่อความสะดวกในการติดต่อ	1			
- ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่นละอองและหยากไย่	1				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.8 นาฬิกา	(1)		การสังเกต/ สอบถาม	ไม่เดิน/ไม่ตรงเวลา + 5 นาที หัก 1 คะแนน
	- นาฬิกา	1			
3. ห้องส้วม (รวม 6 คะแนน)	3.1 ห้องส้วมทั่วไป	(3)		การสังเกต	สะอาด หมายถึง ไม่มีฝุ่น หรือ หยากไย่ ไม่มีคราบสกปรก ให้ สังเกตบริเวณชอกมุม คอห่าน ภายใน ภายนอกโถส้วม และ โถปัสสาวะด้วยห้องส้วมและ สุขภัณฑ์มีสภาพดี -พื้นห้องส้วมและบริเวณล้าง มือต้องแห้ง หากพบว่า บางครั้งพื้นภายในห้องส้วมไม่ แห้ง แต่ถ้าพื้นไม่ลื่นและไม่มี น้ำขังถือว่าควรผ่านการ ประเมินทั้งนี้ให้ขึ้นกับดุลพินิจ ของผู้ประเมิน ไม่มีกลิ่นเหม็น หมายถึง ไม่มี กลิ่นของอุจจาระและปัสสาวะ และต้องไม่มีกลิ่นเหม็นขณะ ราดน้ำหรือกดชักโครก
	สะอาดพื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ	0			
	- ไม่สะอาด	0			
	- สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น	1			
	- สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสง สว่างเพียงพอ การระบายอากาศ ดี	2			
	- สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่างเพียงพอ การระบาย อากาศดีและไม่มีการลื่น	3			
3.2 มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ	(3)		การสังเกต	มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ต้องมีองค์ประกอบครบ 5 ชั้น ดังนี้ 1. โถส้วมนั่งราบแบบชัก โครก 2. ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร	
- ไม่มี	0				
- มี/ไม่สะอาด	1				
- มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น	2				
- มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ	3				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
					3. มีอ่างล้างมือ 4. มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วมผู้พิการ 5. มีราวเหล็กจับพยุงตัว
4. บริการ (รวม 12 คะแนน)	4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจตามลำดับก่อน-หลังหรือตามความรุนแรงของโรค	(3)		การสังเกตและการสัมภาษณ์	มีเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการออกบัตรคิว
	- ไม่มี	0			
	- มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน	1			
	- มีระบบคิวชัดเจนแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	2			
	- มีระบบคิวชัดเจน มีการดำเนินการต่อเนื่อง และมีการแจ้งให้ผู้รับบริการให้ทราบ	3			
	4.2 มีตารางการให้บริการในสถานบริการ	(3)		การสังเกต	
	- ไม่มี	0			
	- มี แต่ไม่มีการติดป้ายแสดงให้เห็นชัดเจน	1			
	- มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป่วย/นอกเวลาราชการ	2			
	- มีป้ายบอกชัดเจน เข้า/ป่วย/นอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่	3			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม		
4. บริการ (รวม 12 คะแนน)	4.3 จัดให้มีทีวี วิทยุทัศน์ และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง	(3)		การสังเกตและการสัมภาษณ์	ความปลอดภัย หมายถึงอุปกรณ์ทำน้ำร้อน น้ำเย็น ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ไฟรั่ว เป็นต้น ภาชนะใส่น้ำดื่ม ถูกหลักสุขาภิบาลพร้อมใช้		
	- ไม่มี	0					
	- มีแต่ไม่มีการเผยแพร่	1					
	- มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	2					
	- มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP/OTOP	3					
	4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องดื่มสมุนไพร ในช่วงเวลาเปิดให้บริการ	(3)					
	- ไม่มี	0					
	- มีเฉพาะน้ำเย็น	1					
	- มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น	2					
	- มีน้ำร้อน น้ำเย็น และเครื่องดื่มสมุนไพรเพิ่มเติม และมีความปลอดภัย	3					
	รวมคะแนน						



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

1.3.3.1 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร (รวม 4 คะแนน)	1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก CUP จัดระบบ สนับสนุนให้ หน่วยบริการ ปฐมภูมิ และ เครือข่ายมีการ จัดระบบการ ป้องกันและ ควบคุมการติด เชื้อ	*กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้รพ.สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้ * กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบในรพ.สต. อนุโลมให้เป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาล โดยขอให้มี คำสั่งแต่งตั้งว่าเป็น ผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนนถ้า ไม่มีให้ 0
	1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต.	1			-หลักฐานมืออย่างใดอย่างหนึ่ง ก็ได้เช่นหนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เนื้อหาในการอบรม
	1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (อย่างน้อย 1 วัน)	0.6			-คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม
	1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับการอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรใน รพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึดตามปีปฏิทิน)	0.4		แผนครอบคลุมด้าน สิ่งแวดล้อม หมายถึงแผนในการดำเนินงานควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ. สต.และในชุมชนที่ รับผิดชอบ	



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2)		คู่มือแนวทางคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและคู่มือการกำกับติดตามการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ตามบริบทของพื้นที่	-คู่มือจัดทำในรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภาพรวมของCUP นั้นๆและจัดทำภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน -การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การจัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตามการติดเชื้อ หรือเรื่องที่สอดคล้องกับ ODOP/OTOP
	1.2.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	1			คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี
	1.2.2 มีข้อ 1.3.1 และสุ่มสอบถามเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือได้อย่างถูกต้อง	1			
2.การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)	2.1ระบบการเฝ้าระวัง	(1.5)		- สอบถามและ	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP/OTOP และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามบริบทของรพ.สต.นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อทั้งในรพ.สต.และในชุมชน
	2.1.1มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	0.5		ตรวจดูรายงานการเฝ้าระวังและ	
	2.1.2 มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	1		แนวทางการแก้ไขปัญหาเป็น	
	2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี	(1.5)		ลายลักษณ์อักษร	
	2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี แต่ไม่ครบ 100%	0.5		ไม่เน้นรูปแบบการบันทึกแต่สามารถตอบการ	



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน นเต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.2.2 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีครบ 100%	0.25		สื่อสารกันได้ - ผลการตรวจ	<u>การตรวจสุขภาพประจำปี</u> <u>หมายถึง</u> กิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจยังไม่มีอาการผิดปกติ ยังอยู่ในภาวะที่ร่างกายยังปกติ และผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆ ปีปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการตรวจที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/สอบถามประวัติอาการ และประวัติทางการแพทย์ต่างๆ การตรวจร่างกายโดยละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติ การที่จำเป็น การให้วัคซีนป้องกันโรคตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข และการให้คำปรึกษาสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานะของผู้รับการตรวจแต่ละราย การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ หมายถึง การวิเคราะห์จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีแล้วแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ	0.25		สุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่	
	2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง	0.25		เฉพาะราย - คู่มือการตรวจสุขภาพ	
	2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	0.25		- ผลการตรวจสุขภาพ - แผนการดูแลสุขภาพ - แผนการดูแลสุขภาพ - ผลการตรวจสุขภาพ - แผนการดูแลสุขภาพ - ผลการตรวจสุขภาพ - แผนการดูแลสุขภาพ - ผลการตรวจสุขภาพ - แผนการดูแลสุขภาพ	



เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	1		ประเมินจากรอบปีปฏิทินมีทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีน	การฉีดวัคซีนที่จำเป็น หมายถึงการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่และวัคซีนที่ป้องกันกันโรคระบาดตามการระบาดของแต่ละพื้นที่
2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงร้อยละ 80 ขึ้นไป	0			
2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงน้อยกว่าร้อยละ 80	1		ไข้วัดใหญ่และรายงานการฉีดวัคซีนตามการระบาดของโรคในพื้นที่(ให้กระตุ้นตามความเหมาะสมเช่น คอติบ) หรือ - การสอบถามเจ้าหน้าที่ หรือ - สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี	
2.4 แนวทางการปฏิบัติ	2		คูโปสเตอร์/ป้ายแนวทางปฏิบัติ	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มที่แทง เช่น ไข้วัดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูกหรือ
2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ในพื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน	0.5		- สุ่มถามบุคลากร 1 คน - ขอคูรายงานการเกิดอุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุไม่	
2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	0.5		เน้นรูปแบบเอาตามแนวทางที่ CUPกำหนด	
2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	1			



เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
				- กรณีที่ไม่ได้รับ อุบัติเหตุ	ผิวหนังสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการ ทำความสะอาดมือ	(1)		สังเกตป้ายแสดง ขั้นตอนการล้าง	การทำความสะอาดมือ หมายถึง
	2.5.1 มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์ แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือเพียงพอพร้อมใช้	0.5		มีสื่อบุคลากร 1 คน ตอบคำถาม และสาธิตการ ล้างมือได้ถูกต้อง	การขจัดเชื้อให้ทั่วมือ รวมทั้งช่อง ข้อมือด้วยสบู่หรือสารเคมี และน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ สูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการ ควบคุมโรคติดเชื้อ การล้างมือ อย่างถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ด มือที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลด การติดเชื้อในได้ การล้างมือ อย่างถูกต้องเหมาะสมจะ สามารถลดการติดเชื้อใน โรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นพยาบาลและบุคลากร ทางด้านสุขภาพ จึงควรมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ล้างมืออย่างถูกวิธี มีความ ตระหนัก และเห็นความสำคัญ ของการล้างมือรวมทั้งมี พฤติกรรมล้างมืออย่าง ถูกต้องและเหมาะสมจะ สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อ และแพร่กระจายเชื้อ
	2.5.2 มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความสะอาด มือได้ถูกต้อง	0.5		ไม่เน้นว่าเป็น พยาบาล	
	2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	(2)		- สังเกตภาพหรือ	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล
	2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์	1		ป้ายแสดงขั้นตอน	หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวม



เกณฑ์		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ตามบริบทของพื้นที่			การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	ลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมี
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	1		- สวมบุคลากร 1 คน ให้สาธิตและตอบคำถามการใช้ PPE	วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต	(2)		- สุ่มถาม	การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต
	2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	0.5		- ตรวจสอบสถานที่จริง	หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. เช่น ผู้ป่วย
	2.7.2 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.	0.5		- ป้ายสื่อสารการปฏิบัติกรณีโรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่เช่น วัณโรค, ไข้หวัดนก คอติบ เป็นต้น	ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น
	2.7.3 มีข้อ 2.7.1 และ 2.7.2 และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	1			



เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ	(2)		พิจารณาจากอุปกรณ์ และเครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อพร้อมใช้งาน	การควบคุมคุณภาพทางด้านชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test
	2.8.1 บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และการควบคุมคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 ด้าน	1			
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง	0.20			
	2.8.3 มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ในการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่ set พื้นฐาน เช่น set suture, set คลอด, set I&D	0.20			
	2.8.4 มี ข้อ 2.8.3 และมีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ(อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน)	0.20			
	2.8.5 มี ข้อ 2.8.4 และมีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	0.20		สังเกต/สัมภาษณ์ /สอบถามกรณีห่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อชำรุด หรือ ไม่พร้อมใช้ตัด 0.2 คะแนน	การทำให้ปราศจากเชื้อ หมายถึงกระบวนการในการทำลายหรือขจัดเชื้อจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น
	2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ	0.20			



เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
				เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ ฉีดเข้าเส้น อุปกรณ์ที่ใช้ใน การวินิจฉัยโรค ซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของ ร่างกายในระบบทางเดิน ปัสสาวะหรือช่องท้องจะต้อง ได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ
2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	(2)		คู่มือมูลฝอยในถัง มูลฝอยติดเชื้อ -สอบถาม/ สังเกต เช่นกรณี ไม่มีรถขนมูล ฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะแต่ ต้องใช้รถคัน เดียวกันขน มูลฝอยทั่วไป	“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปน อยู่ ๒ ในปริมาณหรือมีความเข มข ๓ นซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือ ใกล้ ๔ ชิดกับมูลฝอยนั้นแล ๕ สามารถทำให ๖ เกิดโรคใด ๗ ก มูลฝอยดังค ๘ ือไปนี้ที่เกิดขึ้น หรือไซ ๙ ในกระบวนการตรวจ วินิจฉัยทางการแพทย์ ๑ และ การรักษาพยาบาล การให้ ๒ ภู คุ ๓ มกันโรคและการทดลอง เกี่ยวกับโรค และการตรวจ ชั้นสูตรศพหรือซากสัตว์ ๔ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่อง ดังกล่าว ๕
2.9.1 บุคลากรทราบแนวทางการ จัดการ มูลฝอยติดเชื้อ ในรพ.สต.	1			
2.9.2 การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อใน พื้นที่/ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถ ป้องกันสัตว์แมลงก๊วยเขี่ยได้	0.25			
2.9.3 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วย ที่นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแล ถูกต้อง	0.25			
2.9.4 การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไป ทำลายนอก รพ.สต. โดยรถขนย้ายมูล ฝอยติดเชื้อเท่านั้น *กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งมูลฝอยติด เชื้อ โดยเฉพาะขั้นต่ำ ต้องมีกล่อง หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อกฝาได้ ใช้ ส่งมูลฝอยติดเชื้อ	0.25			
2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียสหรือนำส่งให้หน่วยงาน/ ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ มาตรฐาน	0.25			



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ : 1 ข้อมูลทั่วไป	
1. ชื่อหน่วยบริการ	6. ประเภทหน่วยงาน () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาด รพ.สต. ()เล็ก ()กลาง ()ใหญ่ ()รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด รพ.สต. ()เล็ก ()กลาง ()ใหญ่ ()ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. () รพศ. (ระบุชื่อ รพ.)..... () รพท. (ระบุชื่อ รพ.)..... () ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) () ศูนย์บริการสาธารณสุข ()สถานบริการสาธารณสุขชุมชน () อื่นๆ (ระบุ)
2. ที่อยู่	
3. เขตสุขภาพที่.....	
4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)	
5. สังกัด () สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) () กรม (ระบุ)	
() อื่นๆ (ระบุ)	
7. อัตรากำลังของบุคลากร	8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้
7.1 ข้าราชการจำนวน คน	8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน คน
7.2 พนักงานราชการ จำนวน คน	8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวนคน
7.3 ลูกจ้างประจำ จำนวน คน	8.3 พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน.....คน
7.4 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน คน	8.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.... คน
7.5 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....คน	8.5 ทันตภิบาล จำนวนคน
7.6 อื่นๆ (ระบุ).....จำนวน คน	8.6 นักแพทย์แผนไทย จำนวนคน
รวมทั้งหมด คน	8.7 อื่นๆ เช่น นักจัดการทั่วไป,ลูกจ้าง ฯลฯจำนวน..... คน
	รวมทั้งหมด คน



ส่วนที่ 2 : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ

งานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

- | | | |
|--|--------|-----------|
| 1. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว | () มี | () ไม่มี |
| 2. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ | () มี | () ไม่มี |
| 3. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ) | () มี | () ไม่มี |
| 4. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) | () มี | () ไม่มี |
| 5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab | () มี | () ไม่มี |

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนนตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
1. บุคลากร ☆						
1	<p>1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรมจากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในรพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม 	3	ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการอบรม/สอน



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
	<p>1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ในรพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยงโดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน 						
2	<p>1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน 	1	มี		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน	
3	<p>1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง.วิทย์ฯ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/line / face book ได้ 	1	มีพร้อม	บันทึกการขอรับคำปรึกษา		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงาน บริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน						
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ 	1	แยกเป็นสัดส่วน		ไม่เป็นที่เป็นทาง	ดู,สังเกต,ถาม
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้ 	1	Hct Cent วางที่ มั่นคง สะดวกใช้ งาน	มั่นคงแต่ มีความชื้น แคดส่อง	ไม่มั่นคง	ดู,สังเกต, ถาม,ลองขยับ
3. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ ☆						
3.1 วัสดุ นํ้ายา						
6	3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดนํ้ายาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอคูระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง 	2	มีระบบ และ หลักฐาน การ เบิกจ่าย	หลักฐาน การ เบิกจ่ายไม่ สมบูรณ์	ไม่มี หลักฐาน การ เบิกจ่าย	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
7	3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> มีการระบุวันเปิดใช้และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา 	1	มีระบุ ไม่หมดอายุ	มีไม่ทุกชิ้น	ไม่มี	ดู,สังเกต, ถาม
3.2 เครื่องมือทดสอบ						
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญเช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน 	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา <ul style="list-style-type: none"> สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ.สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต. เองก็ได้ต้อง รวมนาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย 	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร ,สังเกต,ถาม



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
10	<p>3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ 	3	มีครบ	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มี	คู่มือสาร, สังเกต, ถาม
<ul style="list-style-type: none"> นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งานสามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง มีการใช้นาฬิกาจับเวลาหรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) 	3	มีและสอบเทียบ มีหลักฐานแสดง	มีไม่สอบเทียบ	ไม่มีหลักฐานแสดง	หีบคูทดสอบ สังเกต, ถาม คู่มือสารหรือ sticker แสดง	



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงาน บริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว						
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือ มีแต่ หมดอายุ	หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม
3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ						
13	3.4.1 มีแถบวัดSugar,Proteinในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือ หมดอายุ	หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม
3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)						
14	3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุและมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือ มีแต่ หมดอายุ	หยิบดู ,สั่งเกต,ถาม
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> • ภาชนะใส่ปัสสาวะสามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่ห้คะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบใบ 	1	มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือ มี ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยิบดู ถาม



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (จ)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)						
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	1	มีใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์	หีบคู غام
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/ฟิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้ฟิวส์ให้มีฟิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง <ul style="list-style-type: none"> • เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีฟิวส์ ให้มีฟิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้ฟิวส์สำรองแปรงถ่าน 	1	มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีการตรวจสอบ	คูเอกสาร, สังเกต, غام
18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> • capillary tube สำหรับใช้ตรวจ Hct ต้องไม่หมดอายุ กรณีมีแต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน) 	1	มีและไม่หมดอายุ	-	ไม่มี	หีบคู غام
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> • ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ปั้นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สารិการใช้งานได้จริง 	1	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หีบคู غام



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (จ)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็นlancet หรือเข็ม เฉพาะเจาะปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขน มาเจาะปลายนิ้ว	หีบคู ฎาม
21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ	ไม่มี	คู เอกสาร หรือsticker สอบเทียบ สังเกต ฎาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ						
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่างเวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> ใช้คู่มือของ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้ 	2	มีคู่มือ		ไม่มี	คู เอกสาร ,สังเกต,ฎาม
23	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจ โดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ 	1	มีรายละเอียดครบ	มีแต่ไม่มีรายละเอียดที่สำคัญ	ไม่มีหรือมีแต่ไม่มีรายละเอียดครบตามที่ระบุ	หีบคู ฎาม



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (จ)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
	รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สั่งเอง ตรวจสอบไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ					
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)						
24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	มีและแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียว	หยาบดู ถาม
25	4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> • กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณีส่งต่อให้ รพ.ที่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่ง วันที่ โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น 	1	มีรายละเอียดครบ	มีแต่รายละเอียดไม่ครบ	ไม่มี	หยาบดู ถาม
5. ขั้นตอนการทดสอบ ☆						
26	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> • คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว 	2	มีครบทุกการทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หยาบดู ตรวจสอบ ถาม



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (จ)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
	CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้ โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุด ตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ					
27	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจวิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้สาธิต 	2	ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้อง		ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอนสังเกต,ถาม
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆						
28	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> ควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง กรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก ควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC 	3	ทำIQCทุกการทดสอบความถี่เดือนละ1ครั้ง	ทำไม่ครบหรือครบทุกการทดสอบแต่หรือความถี่ไม่ได้ตามกำหนด	ไม่มีการทำIQCเลย	ดู ,สังเกต ,ถาม ดูหลักฐาน



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
29	6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพ โดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือ เปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ 	2	ทำEQA หรือLab comparisonsทุกการทดสอบ	มีแต่ทำไม่ครบทุกการทดสอบ	ไม่มีการทำเลย	ดู,สังเกต,ถามคูหลักฐาน
30	6.3กรณีพบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ 	1	มีการหาสาเหตุแก้ไขและป้องกัน	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีการดำเนินการ	ขอคูบันทึกการดำเนินการ



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย						
31	ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง					
	7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการมีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค	1	มีการทำลายตัวอย่างถูกต้องมีการใช้		ไม่มีแนวทางหรือทำไม่ถูกต้อง	ถามให้อธิบายสังเกตหลักฐานแวดล้อม
	7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มที่มตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น	1	มีคู่มือหรือ WI		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
8. การรายงานผลการทดสอบ						
32	8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบจัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำกรทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> มี work sheet การทดสอบปีสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและโปรตีนในปีสสาวะ กรณี 	2	มีทะเบียนหรือ เอกสารที่ตรวจสอบผลหรือรายงานได้	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานแสดง	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
	ทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมาอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คนช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย					
33	8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วน ผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผล และลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> • กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมา กรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้ 	2	ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน	ไม่มีใบรายงานผล	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง



ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
34	8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> เก็บสำเนาผลการตรวจอย่างน้อย 5 ปี 	1	มีสำเนารายงานผล		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
35	8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งสิ่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	2	มีทะเบียนการส่งต่อและผลการตรวจ	ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ครบถ้วน	ไม่มีและค้นหาไม่ได้	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
รวม						
ผลรวมคะแนน						
สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล						
คะแนนเต็ม						
คะแนนที่ได้						
คิดเป็นร้อยละ						

โปรดลงชื่อตัวบรรจง

1.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....2.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....3.)..... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....

วันที่ให้ข้อมูล



- 1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....
วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

หมายเหตุสำหรับผู้ประเมินและผู้เลี้ยง

1. สักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
2. แนวทางการทำ IQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ. ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
4. การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเรื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและคินน้ำมัน เครื่องวัด หรืออาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคุมไปด้วยก็ได้
5. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (สรุป.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ได้รับการรับรองปี 2557)
6. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
 - 6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
 - 6.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน
 - 6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล
 - 6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมี Ice pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ
 - 6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
 - 6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
 - 6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....
.....
.....



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

1.3.3.3 เกณฑ์กรรม/ คู่มือของผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
1	บุคลากร (2 คะแนน) -มีเกณฑ์กรับผิดชอบในการพัฒนางานบริการแก่สุขภาพชุมชนอย่างน้อย 1 คน	-มีคำสั่งแต่งตั้ง และ -มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงอย่างน้อย <u>ปีละ 4 ครั้ง</u>	-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการปฏิบัติการและปฏิบัติงานจริงอย่างน้อย <u>ปีละ 2 ครั้ง</u> (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีคำสั่ง แผนการปฏิบัติการ และ ไม่มีการออก ปฏิบัติงานจริง		-มีคำสั่งแต่งตั้ง -มีแผนการ ปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือ เอกสารอื่นๆ - ฯลฯ	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
2	<p>คลังยาและเวชภัณฑ์ (16คะแนน)</p> <p>2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม</p> <p>มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการสูญหาย</p> <p>(มีกุญแจ 2 ดอกโดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)</p> <p>2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกันแสงแดดและความชื้นสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</p>	<p>-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น(มีกุญแจ 2 ดอก และมีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละ 1 ดอกมาพร้อมกัน)</p> <p>-มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือนนับแต่วันตรวจ</p> <p>-ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °c ความชื้นไม่เกิน 70%)</p> <p>-คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</p>	<p>-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น(มีกุญแจ 2 ดอกโดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)</p> <p>-มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นแต่ไม่เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>นับแต่วันตรวจ</p> <p>-มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ไม่ผ่านเกณฑ์</p>	<p>-ประตุมีกุญแจล็อก 1 ชั้นหรือกรณีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ.สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มีเหล็กตัด</p> <p>-ยาถูกแสงแดด</p> <p>-ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น</p> <p>-คลังยาไม่สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</p>		<p>-ประตุมีกุญแจล็อก 2 ชั้น</p> <p>-คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก</p> <p>-ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด</p> <p>-เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น</p> <p>-แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น (กรณี PCU รพ.ประเมินที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.)</p>	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์บนพื้นโดยตรง	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างน้อยอย่างหนึ่ง)	-พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	
	2.4 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุมคลังยา	-สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ -มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่สอดคล้องกับ stock card	-สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ -มีใบเบิกยาจากคลังยา (อย่างน้อยอย่างหนึ่ง)	-สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงน้อยกว่า 5 รายการ -ไม่มีใบเบิกยาจากคลังยา		-สุ่ม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ -รบ.301 หรือ stock card รพ.สต. ข้อมูลจำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอดคล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจาก รพ.ที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต.	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ	-ไม่มีขาด stock ในคลังยาหรือ จุดจ่ายยา	-ขาด stock ไม่เกิน 2 รายการ	-ขาด stock เกิน 2 รายการ		- สุ่มรบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา	- ยาปฏิชีวนะ - ยาโรคเรื้อรัง (ถ้ามี) - และยา Life saving drug
	2.6 ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุทั้งในคลังยาและจุดบริการผู้ป่วย	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ และระบุวันเปิด วันหมดอายุ -มีการจัดเรียงยาแบบ <u>first expired first use</u>	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ	-พบยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ		- สุ่มดูวันหมดอายุและลักษณะภายนอกของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา (สุ่ม 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา 3 รายการ)	ยา multiple dose และ ยา pre-pack (ยานิด multiple dose 1 เดือน หลังเปิด น้ำเกลือล้างแผล 24 ชม. ยากระปุก และ ยา pre-pack 1 ปี)



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
2.7	ตู้เย็นเก็บยา	ครบทั้ง 7 ข้อ	ไม่ครบทุกข้อ แต่ต้องมีข้อ 1, 3, 6	ไม่มีข้อ 1, 3, 6		- ตรวจสอบจาก เทอร์โมมิเตอร์ใน ตู้เย็น - บันทึกการวัด อุณหภูมิตู้เย็นและ ช่องแช่แข็ง	
2.8	ตู้เย็นเก็บวัคซีน หัวข้อการประเมิน 1. อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และ อุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง - 15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บ วัคซีน) 2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลัก วิชาการ 3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็น ปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มี สติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบ เทียบและไม่หมดอายุ 5. ตู้เย็นและวัคซีนเป็นสัดส่วน ไม่ปะปนกันและเป็นระเบียบ เรียบร้อย 6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม						



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเต็ม เกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุม อุณหภูมิ						
3	<p>งานบริการเภสัชกรรม (10 คะแนน)</p> <p>3.1 มีบัญชีรายการยาและ เวชภัณฑ์ โดยมียาช่วยชีวิตและมี คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิตได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adrenaline injection 1:1000 2. Atropine injection 1:1000 3. 0.5% calcium chloride/gluconate 4. 20% dextrose หรือ 50% dextrose 5. Furosemide injection 6. Hydrocortisone/Dexamethasone 	<p>-มีบัญชีรายการยารพ. สต.เป็นเอกสาร หรือ ไฟล์ ที่จัดทำต่างหาก จากแผนจัดซื้อยา</p> <p>- ไม่มีรายการยานED หรือ มีแต่ได้รับการ อนุมัติจากผู้ตรวจ ราชการฯ หรือ อยู่ ระหว่างการขออนุมัติ (แจ้ง สตจ.แล้ว)</p> <p>-มียาช่วยชีวิตในรพ. สต.และคู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต</p>	<p>-มีบัญชีรายการยา รพ. สต.</p> <p>-มียาช่วยชีวิตในรพ. สต. หรือมีคู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต (อย่างน้อยอย่างหนึ่ง)</p>	-ไม่มีทุกข้อ		<p>-บัญชีรายการยา รพ.สต.และยา ช่วยชีวิต</p> <p>-คู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต</p>	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบการจัดยา และส่งมอบ ยา มีความรู้ด้านยา (โรงพยาบาล มีการจัดอบรมความรู้ด้านยา ให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดอบรมเรื่อง ยาโดยเภสัชกร โรงพยาบาลอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยา ใน รพ.สต.และคู่มือการ ใช้ยาช่วยชีวิต	-มีการจัดอบรมเรื่องยา โดยเภสัชกร โรงพยาบาลอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. -มีคู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต(อย่างใดอย่าง หนึ่ง)	-ไม่มีทุกข้อ		-มีแผนการอบรม -มีหลักฐานผ่านการ อบรม เช่น หนังสือ เชิญอบรม -คู่มือการใช้ยาที่ จำเป็น หรือสื่ออื่นๆ นอกเหนือจากยา ช่วยชีวิต (อาจเป็น คู่มือฯ ของรพ. หรือ จังหวัดก็ได้)	
	3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ - มีการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยแพทย์ โดยการ ติดสติ๊กเกอร์ หรือ วิธีการอื่นใด ใน family folder	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพี ยา - มีการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยแพทย์ โดยการติด สติ๊กเกอร์ หรือวิธีการ อื่นใด ใน family folder -มี <u>แนวทางหรือการ</u>	ไม่มีทั้ง 3 ข้อ		- ฐานข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ใน คอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มี <u>แนวทางการส่ง ต่อผู้ป่วยกรณีแพทย์</u>	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		-มีแนวทางหรือการ ออกบัตรแพทย์ เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วย ไปประเมินแพทย์ต่อที่ โรงพยาบาลโดยเภสัช กร	ออกบัตรแพทย์เบื้องต้น ให้แก่ผู้ป่วยไปประเมิน แพทย์ต่อที่โรงพยาบาล โดยเภสัชกร (อย่างใดอย่างหนึ่ง)				
3.4	ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูล ครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วยวันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา, มีการ ระบุวันหมดอายุในซองยาแบ่ง บรรจุ (Pre-pack)	-มีข้อมูลครบถ้วน	-มีข้อมูล แต่ไม่ ครบถ้วน	- ไม่มีข้อมูล รายละเอียด ของยาที่ส่งมอบ		- ซองยา, ฉลากยา - สาคิตการจ่ายยาให้ ดู	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่แจกจ่าย <u>สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODO/OTOP</u>	-มีฉลากช่วยในการใช้ยา - <u>สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย</u>	-มีฉลากช่วยในการใช้หรือ - <u>สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย</u> (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 ข้อ		- ฉลากช่วยเช่น <u>การใช้ยาหยอดตา</u> <u>การใช้ยาเหน็บ</u> <u>การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก</u> - <u>สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODO/OTOP</u>	
4	งานคุ้มครองผู้บริโภค (16คะแนน) 4.1 มีการจัดทำฐานข้อมูลร้านค้าแผงลอย, จำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.),อาหารปรุงจำหน่าย (CFGT), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด,เครื่องสำอางสำหรับผ้าฝ้ายขาว, ยา(ร้านขายของชำ) และสถานีวิทย์ในชุมชน ที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน	-มีการจัดทำฐานข้อมูลครบ ทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน (ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง)	-มีการจัดทำฐานข้อมูล - จัดทำฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง) (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	-ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล		-ทะเบียนสรุปข้อมูลคบส.ของรพ.สต.แยก <u>รายหมู่บ้าน</u>	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	<p>4.2 มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ยา และเครื่องสำอาง ในร้านค้า ตลาดสด แผงลอยในชุมชน</p> <p><u>ประเด็นการตรวจสอบฝ้าระวัง</u></p> <p>- อาหาร (ถลาก, อย., ที่ตั้ง, ผู้ผลิต, วันผลิต, วันหมดอายุ, ด้านกายภาพ,บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา)</p> <p>- ยาที่ห้ามขาย ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยานี้ด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก</p>	<p>-มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้าระวังครบทุกประเภทและเป็นปัจจุบัน</p> <p>- มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคมจัดอบรม</p>	<p>-มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้าระวังครบทุกประเภทและเป็นปัจจุบัน</p> <p>- มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม</p> <p>(อย่างไรอย่างหนึ่ง)</p>	ไม่มีทั้ง 2 อย่าง		-สรุปผลการดำเนินงาน/ บันทึกการดำเนินงาน	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	<p>- เครื่องสำอาง - เครื่องสำอาง ที่ห้ามจำหน่าย 34 รายการที่ อย. ห้ามจำหน่าย ไม่ต้องดู lot ถ้าพบ ยี่ห้ออื่นห้ามจำหน่าย)</p> <p>- เครื่องสำอางที่พบ สารห้าม ใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot)- ฉลากเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลาก ภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก</p>						
4.3	ร้านค้า ร้านอาหาร ไม่พบ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิด กฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิด กฎหมาย 1 ร้าน	-พบผลิตภัณฑ์ผิด กฎหมายทั้ง 2 ร้าน		- สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึก การสุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
4.4	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ครบ 3 ข้อ จำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ไม่ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้ง 2 ร้าน		- ผู้จำหน่ายร้านค้ามีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1)คูอย. (2)คูวันผลิต วันหมดอายุได้ (3). ทราบรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้าตามข้อ 4.2	รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้าแบบท้าย
4.5	มีการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร) ในสถานีวิฑู ป้ายโฆษณา รถเเร่	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานีวิฑู กรณีไม่มีสถานีวิฑู ให้เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเเร่ และสรุปผล/บันทึก/หลักฐานการดำเนินงานให้อำเภอทราบ	-มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปผล/บันทึก/ หลักฐานการดำเนินงานให้ รพ. หรือ สสอ. ทราบพบเพียงหลักฐานใน รพ. สสอ.	-ไม่มีการดำเนินการเฝ้าระวัง การโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามแผน		-สรุปผลหรือบันทึก/ หลักฐานการดำเนินงาน - แผ่นป้ายโฆษณาในชุมชน	สอบถามข้อมูลจากชุมชนเพื่อยืนยัน



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	4.6 ร้านค้า ตลาด ที่ หรือ ทาง สาธารณะไม่พบการ ปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพผิดกฎหมาย	ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด กฎหมาย	พบแผ่นป้ายโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด กฎหมาย แต่มีการแจ้ง ข้อมูลให้ รพ./สตอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ	พบแผ่นป้าย โฆษณาผลิตภัณฑ์ สุขภาพผิด กฎหมาย แต่ ไม่มี การแจ้งข้อมูลให้ รพ./สตอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ		- สำรองแผ่นป้าย โฆษณาที่ร้านค้า ตลาด ที่หรือทาง สาธารณะ	
	4.7 มีการพัฒนาศักยภาพ ผู้บริหารได้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/ นักเรียน อย.น้อย	-มีการจัดอบรมให้แก่ กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย ทั้ง 2 กลุ่ม	-มีการจัดอบรมให้แก่ กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง	-ไม่มีการ ดำเนินการ		-แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงาน หรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริหาร อสม. ครู นักเรียน อย. น้อย(ถ้ามี)	พิจารณา หลักฐานตั้งแต่ ตุลาคม 2559 ถึงปัจจุบัน



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	4.8 อสม. ครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่	- มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. และครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกกลุ่ม	- มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. หรือ ครูนักเรียน อย.น้อย จำนวน 1 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการดำเนินการ	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงานประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริโภคอสม. ครู นักเรียน อย.น้อย(ถ้ามี)	พิจารณา หลักฐานตั้งแต่ ตุลาคม 2559ถึง ปัจจุบัน



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/ กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 ระบบสนับสนุน

1.3.3.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล

ประเด็น	การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.1 การจัดการระบบบันทึกข้อมูล (10 คะแนน)	1.โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต.มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน 2.บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยสุ่มข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2559-สิ้นเดือน ก่อนการประเมิน)และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง visit ของ JHICS หรือ ตาราง visit ของ HOSXP PCU - ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน	2 8	
1.2 การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (5 คะแนน)	1.มีการจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้มสม่ำเสมอ - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อเดือน = 1 คะแนน - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 2 คะแนน - ส่งข้อมูลทุกวัน = 3 คะแนน 2.มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือข้อมูลประกอบการตรวจสอบข้อมูล	3 2	



ประเด็น	การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
	-มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = 1 คะแนน -มีการตรวจและมีเอกสาร = 2 คะแนน		
1.3 คุณภาพของข้อมูล (5 คะแนน)	ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-2010 (ตุลาคม 2559–ปัจจุบัน) -น้อยกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน -ร้อยละ 70-79 = 3 คะแนน -ร้อยละ 80-89 = 4 คะแนน - ร้อยละ 90-100 = 5 คะแนน สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2559 – เดือนก่อนการประเมิน)	5	
รวม		20	

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนในรพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเรื่องแม่ข่าย -น้อยกว่า 1:0.50 = 1 คะแนน -1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน -1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน -1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน -1:0.80 – 0.89 = 5 คะแนน	5	
2.มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ -ไม่มี = 0 คะแนน -มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 1 คะแนน -มี = 3 คะแนน	3	
3.มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของรพ.สต. -มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน	5	



ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
-มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน -มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน -มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน -มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน		
4.มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา 4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart) -ไม่มี = 0 คะแนน -มี 1 คะแนน 4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสที่ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux -ไม่มี = 0 คะแนน -มี 1 คะแนน 4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย -ไม่มี = 0 คะแนน -มี 1 คะแนน	3	
5.มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ - ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ =0คะแนน - มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง =2 คะแนน	2	
6.มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ - ไม่มีระบบ = 0 คะแนน - มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล =2 คะแนน	2	
รวม	20	



ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย - กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) - กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี) - กลุ่มวัยรุ่น (15 – 21 ปี) - กลุ่มวัยทำงาน (21 – 59 ปี) - กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 1 – 2 กลุ่มวัย = 3 คะแนน มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 3 – 5 กลุ่มวัย = 5 คะแนน	5	
2. มีแผนงานโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพตามการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 2 ลำดับปัญหา = 3 คะแนน - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 3 - 5 ลำดับปัญหา = 5 คะแนน	5	
3. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพ - มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 2 โครงการ = 3 คะแนน - มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 3 - 5 โครงการ = 5 คะแนน	5	
4. มีการทบทวนและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 3 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 71 - 80 = 4 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 81 ขึ้นไป = 5 คะแนน	5	
รวม	20	



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป่าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป่าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) ประชากรกลุ่มเป่าหมายฐานข้อมูลผู้รับบริการ	(2)		สัมภาษณ์กระบวนการได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) วิธีการค้นหาปัญหาและ ความต้องการของชุมชน/ การบันทึกประเด็นปัญหา	ODOP (One District One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ที่เป็นปัญหาาร่วมและมีการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วน คำว่า One District One Project ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (trigger) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆและประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ
	ทราบความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Health Need) ประเด็นปัญหาหรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่ง ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีการนำฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ				
	- ไม่มีการค้นหาความต้องการของประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP)	0			
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป่าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	1			OTOP (One Tumbol One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ตำบลนั้นๆ ที่เป็น



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีฐานข้อมูลประชากร กลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	2			ปัญหาพร้อมและ มีการแก้ไขปัญหาร่วมกันทุก ภาคส่วน - มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตามประเด็น ODOP/OTOP อย่างน้อย 1 เรื่อง
	2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย	(2)		บันทึกการประชุม คปสอ.	“การประสานงาน” หมายถึง การจัดระเบียบ วิธีการทำงาน เพื่อให้งาน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นหนึ่ง เดียวกันเพื่อลดความขัดแย้ง ในการทำงาน ดำเนินไป ด้วยความราบรื่นสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ในการ ทำงานร่วมกันหรือการ ติดต่อสื่อสารให้เกิด ความคิด ความเข้าใจ ตรงกันในการร่วมมือ ปฏิบัติงานให้สอดคล้อง ทั้ง เวลา และกิจกรรมที่จะต้อง กระทำให้บรรลุ วัตถุประสงค์และมี ประสิทธิภาพเพื่อให้งาน ดำเนินไปด้วยความราบรื่น
	มีการจัดช่องทางติดต่อ ประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่าง เป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางสื่อสาร ภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย	0			
	- มีการจัดช่องทางติดต่อ ประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ. สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบท ของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่าง เป็นรูปธรรม	1			
	- มีการจัดช่องทางติดต่อ ประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ. สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบท ของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม				
	2.3 ประสานงานภายนอก และภาคี เครือข่าย	(2)			
	มีการจัดช่องทางการติดต่อ ประสานงานกับภายนอกและภาคี เครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุข นอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากร สามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับ ภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถาน บริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ	0			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อ ประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอก เครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่ สามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม	1			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
	- มีการจัดช่องทางทางติดต่อ ประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอก เครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่นๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากร สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็น รูปธรรม	2				
	2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม	(2)		สัมภาษณ์/สอบถาม	การมีส่วนร่วม หมายถึง	
	ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็น ทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มี การจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี อย่างเป็นรูปธรรม			การสร้างการมีส่วน ร่วมกับภาคี เครือข่าย/ภาพถ่าย หลักฐานใน ดำเนินงานร่วมกัน/ ระบบงานที่เกิดจาก	กระบวนการที่ทำให้บุคคล สมัครใจเข้ามามีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการ เพื่อให้บรรลุถึง วัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช้การกำหนด	
	- ชุมชน ภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วม ในการจัดระบบดูแลสุขภาพ	0		การมีส่วนร่วมและ บทบาทของภาคี	กรอบความคิดจาก	
	- ชุมชนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมใน กระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิด ระบบและยังไม่มีการประเมินผลที่เกิดกับ สุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม	1		เครือข่ายต่างๆที่ มาร่วมในการ ดำเนินการ	บุคคลภายนอกหรือองค์กร ที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานกิจกรรม ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน	
	- ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ เป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มี การจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่าง เป็นรูปธรรม	2			ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาค ส่วนต่างๆเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ชุมชน	



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					คณะกรรมการระบบ สุขภาพอำเภอ และ คณะกรรมการบริหาร รพ. สต.
	2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วน ได้ ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน	(2)		สอบถามวิธีการสร้าง ความสัมพันธ์กับ ชุมชน/ผลการ ประเมินความพึง พอใจ/ การวิเคราะห์ผล/ การปรับปรุงวิธีการ สร้างความสัมพันธ์ และปรับปรุงใน ประเด็นที่ไม่พึง พอใจ	ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของ มนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะ มีความคาดหวังกับสิ่ง หนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้า คาดหวังหรือมีความตั้งใจ มากและได้รับการ ตอบสนองด้วยดีจะมีความ พึงพอใจมากแต่ในทาง ตรงกันข้ามอาจผิดหวัง หรือไม่พึงพอใจเป็นอย่าง ยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการ ตอบสนองตามที่คาดหวัง ไว้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจ ไว้ว่าจะมีมาก
	มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตาม ข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึง ข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียน มี กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของ ผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการ แก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วถึงลดความ ไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์ คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้ง องค์กร				
	- ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และ การวัดความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย และ ไม่มีการจัดการข้อร้องเรียน	0			
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ ประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มีการวัด ความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจ และไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการ หรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการการ จัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนา องค์กร	1			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตาม ข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึง ข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมี กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของ ผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการ แก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วถึง ลดความ ไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์ คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้ง องค์กร	2			
	รวมคะแนน	10			





(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การ มุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	<p>3.1. มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ</p> <p>1. มีการประเมินอัตรากำลังบุคลากรใน รพ.สต. ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช.ให้เหมาะสมกับระดับของ รพ.สต.</p> <p>2. มีการจัดระบบบริหารบุคลากรโดยคณะกรรมการที่ถูกแต่งตั้งในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามภาระหน้าที่</p> <p>3. มีการกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคนครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ต้องการมีวิธีการสรรหา ว่าจ้าง และรักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการมีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรม และมีแผนการพัฒนาบุคลากร</p>	(2)		สัมภาษณ์/สอบถาม / เอกสารในการกำหนดคุณลักษณะที่จำเป็นของบุคลากร/แนวทางการสรรหาบุคลากร การมอบหมายหน้าที่ การงาน	<p>“ระบบงาน”</p> <p>หมายถึง</p> <p>วิธีการจัดโครงสร้างและระบบการทำงานของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจ และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์</p> <p>การจัดระบบการบริหารงาน หมายถึง การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความร่วมมือ ความคิดริเริ่มการกระจายอำนาจ</p>



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า	0			ตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) การแบ่งระดับ รพ. สต. คูได้จาก เอกสารแนบท้าย หมวด 3
	-มีการจัดระบบบริหารบุคลากร แต่ไม่มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า	1			
	- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร และมีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า	2			
	3.2 มีการสร้างความผูกพันและความพึงพอใจแก่บุคลากร	(2)		ผลการประเมิน ความพึงพอใจ/ สัมภาษณ์วิธีการ สร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และความผูกพันของหน่วยงาน	ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากร หรือใช้คำว่า “ร่วมด้วย
	มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผูกพัน ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				
	- ไม่มีการสร้างความผูกพันและความพึงพอใจแก่บุคลากร	0			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>- มีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงาน จัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้นุคลากรในองค์กรมีความ ผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจ ในการปฏิบัติงาน ที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ ให้บริการและผู้รับบริการ</p>	2			<p>ช่วยกัน” การสร้าง ความผูกพัน ครอบคลุมการสร้าง ความสัมพันธ์ การ สร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้าง วัฒนธรรมองค์กร การบริหาร ค่าตอบแทน การ สร้างแรงจูงใจ การ ฝึกอบรมบุคลากรที่ มี ความพึงพอใจและ ความผูกพันกับ องค์กร จะรู้ดีกว่า เป็นส่วนหนึ่งของ องค์กรงานที่ได้รับ มอบหมายเป็นงานที่ มีคุณค่า สอดคล้อง กับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทาง ขององค์กร และมี ความรับผิดชอบต่อ ความสำเร็จของงาน ปัจจัยที่มีผลต่อความ พึงพอใจของ บุคลากร ควร</p>



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					<p>พิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทนความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน</p>
	3.3 มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรและการประเมินผลการปฏิบัติงาน	(3)		พิจารณาจากผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน	การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และพัฒนา การประเมินและ
	3.3.1 มีการจัดระบบพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็น	(1)		และผลการดำเนินงานขององค์กร/สัมภาษณ์	ปรับปรุงวิธีการทำงาน การ



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากรมีการค้นหาความจำเป็นและความต้องการในการฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้ สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้งการ ประเมินผลสำเร็จของการ ดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด</p>			รูปแบบและวิธีการ สร้างการเรียนรู้ของ บุคลากร/ การจัดการเรื่อง ความก้าวหน้าของ บุคลากร	แลกเปลี่ยนวิธีการ ทำงานที่ดี และการ จัดระดับเทียบเคียง (benchmarking) รูปแบบการพัฒนา บุคลากร อาจทำได้ ทั้งภายในและ ภายนอกองค์กร อาจ
	- ไม่มีระบบการพัฒนาและการ เรียนรู้ของบุคลากร	0			เป็นการฝึกอบรม ระหว่าง การปฏิบัติงาน การ เรียน
	<p>- จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากรมีการค้นหาความจำเป็นและความต้องการในการฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และ ดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้ สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้งการ ประเมินผลสำเร็จของการ ดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด</p>	1			<p>ในห้องเรียน การ เรียนจาก คอมพิวเตอร์ การ เรียนทางไกล หรือ รูปแบบของ การศึกษาและ ฝึกอบรมอื่นๆ การ ฝึกอบรมอาจจะเกิด จากการได้รับ มอบหมายให้ ปฏิบัติงานในหรือ นอกองค์กร</p>



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	3.3.2 มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร	(2)		พิจารณาจาก 1. ตัวชี้วัดผล การปฏิบัติงาน 2. ทำข้อตกลงในการ ปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอดตัวชี้วัด ระดับองค์กรสู่ระดับ บุคคล (Individual Scorecard) โดย ผู้บังคับบัญชาและ ผู้ใต้บังคับบัญชา 3. คณะกรรมการ พิจารณาก่อนกรอง ผลการประเมิน เพื่อให้เกิดมาตรฐาน และเป็นธรรมเนียม 4. หลักเกณฑ์ การประเมินและผล การประเมินให้ บุคลากรรับทราบ 5. ผู้บังคับบัญชานำ ผลการประเมินไป พิจารณาในการเลื่อน ขึ้นเงินเดือน ให้ รางวัลจูงใจ และการ บริหารงานบุคคล เรื่องอื่นๆ และการ	
	มีการจัดระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากรอย่าง โปร่งใส เป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้ง ผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุง การทำงานมีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจ เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้น ผลประโยชน์ และความต้องการของ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย				
	- ไม่มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร	0			
	- มีการจัดระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากรอย่าง โปร่งใส เป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้ง ผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุง การทำงานมีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจ เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจมีการทำงานที่มีประสิทธิผล	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	มีจิตสำนึกในการ ทำงานที่มุ่งเน้น ผลประโยชน์ และความต้องการของ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			นำผลการประเมิน แจ้งกลับไปยัง บุคลากร รวมถึงการ นำไปใช้ ประกอบการให้ คำปรึกษาแนะนำแก่ บุคลากรเพื่อให้มีการ แก้ไขปรับปรุงการ ปฏิบัติงาน และ พัฒนาขีดสมรรถนะ และผลสัมฤทธิ์ การปฏิบัติงานดี ยิ่งขึ้น	
	3.4 มีการเสริมพลังประชาชนและ ครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเอง (self care)	(3)		สัมภาษณ์/สอบถาม/ เอกสารเกี่ยวกับ ความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๘/ แผนการดำเนินงาน/ ภาพกิจกรรม	Health Empowerment หรือ "การเสริมพลังสร้าง สุขภาพ" หมายถึง กระบวนการวิธีที่จะให้ กลุ่มเป้าหมาย สามารถดึงศักยภาพ ที่มีอยู่ภายในตน มา ใช้ในการดูแลและ สร้างเสริมสุขภาพ ของตนได้อย่าง ต่อเนื่องและยั่งยืน
	บุคลากรมีการถ่ายทอดความรู้ ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๘ และ การบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน เพื่อให้ ประชาชนนำไปดูแลครอบครัวและ ตนเองได้				
	- ไม่มีการถ่ายทอดความรู้	0			
	-มีการวางแผนการถ่ายทอด ความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๘ และการบริการทั้งภายในสถาน บริการ การบริการในชุมชน	1			Self care หรือการ



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน	2			ดูแลสุขภาพตนเอง
	- มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน เพื่อให้ประชาชนนำไปดูแลครอบครัวและตนเองได้	3			เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) ให้ความหมายว่า คือการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน
	รวมคะแนน	10			



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ฐานข้อมูลผู้รับบริการตรงตามกลุ่มวัย (ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทางการสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร)		Flow chart การบริการของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับแม่ข่ายและชุมชน		CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบส่งต่อ		*เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก)		บุคลากรสามารถให้บริการได้ สอดคล้องกับการบริการ (สัมภาษณ์)		*การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบทสถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)															(7)		สัมภาษณ์/ตามรอย	การจัดบริการตามสภาพ
ODOP..... OTOP..... (ติดตามประเมินทุกข้อตามประเด็นปัญหาของพื้นที่)															3 4		การให้บริการตามประเด็น ODOP/OTOP	ปัญหาของชุมชน หมายถึงการจัดบริการที่สอดคล้องกับประเด็น ODOP/OTOP
4.2 การบริการในสถานบริการ															(14)		สัมภาษณ์/	การให้บริการใน



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม	
	ฐานข้อมูลผู้รับบริการตรงตามกลุ่มวัย (ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทางสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร)		Flow chart การบริการของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับแม่ข่ายและชุมชน		CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบส่งต่อ		*เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก)		บุคลากรสามารถให้บริการได้ สอดคล้องกับการบริการ (สัมภาษณ์)		*การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบทสถานบริการ)						
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี					
(บทบาทเจ้าหน้าที่)																		ตามรอย	สถานบริการ
4.2.1 OPD																	2	การให้บริการ	หมายถึง
4.2.2 ER																	2	ในสถาน	การจัดบริการ
4.2.3 ANC																	2	บริการตาม	ภายในหน่วย
4.2.4WCC																	2	แผนกต่างๆ	บริการที่จัดไว้
4.2.5NCD																	2	เช่น OPD,ER	สำหรับ
4.2.6 แผนไทย																	2	ฯลฯ	ให้บริการผู้ป่วย
4.2.7 ทันตรกรรม																	2		ผู้รับบริการ
4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)																	(9)	สัมภาษณ์ / ตามรอย	การบริการใน
4.3.1 การดูแลบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)/LTC และ Palliative care																	3	กระบวนการ ให้บริการแก่	ชุมชน หมายถึง
																		ผู้รับบริการใน	บริการที่จัดไว้
																		ให้บริการกับ	บริการที่จัดไว้
																		ผู้ป่วย	บริการที่จัดไว้
																		ผู้รับบริการใน	บริการที่จัดไว้
																		ผู้รับบริการใน	บริการที่จัดไว้
																		ชุมชน	บริการที่จัดไว้
																		ชุมชนโดย	บริการที่จัดไว้



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมินจาก เอกสารหรือ Electronic file)		ช่องทางการเข้าถึง บริการเชิงรุก เชิง รับ และช่องทาง การสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		CPG รายการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		*เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมอนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ การบริการ (สัมภาษณ์)		*การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.3.2 การควบคุมและ ป้องกันโรค (SRRT)															3			ออกไปให้บริการ ในชุมชน
4.3.3 คุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คปส.)															3			
รวมคะแนน														30				

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.1OPD และ 4.2.5NCD(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันโลหิต(สำหรับการประเมิน NCD ด้วย)			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข่า			
(8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(10) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E – Chart)			
(11) ตู้เย็นสำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นการบันทึกข้อมูล ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณีไฟดับ หรือสร้างความสะอาดตู้เย็นถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอก สถานที่ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนย้ายออกนอกพื้นที่ เป็นต้น			



เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับผู้ป่วยต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิผู้เขียนการเทียบเคียงเป็นต้น			
(13) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX(สำหรับการประเมิน NCD)			

หมายเหตุ 1. การประเมิน OPD

- OPD (มี 1 - 12) = มี
- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่ง (1 - 12) = ไม่มี

2. การประเมิน NCD

- NCD (มี 1 - 13) = มี
- NCD ไม่มี 2 หรือ 13 หรือไม่มีทั้งคู่ = ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.2 ER(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	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 (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย)และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ			
1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR			
2. ชุดผ่าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน			
5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐานวิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้			
1. เครื่องชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง			
2. เครื่องวัดความดันแบบปรอท(ใช้สำหรับผู้ที่มึประวัติความดันโลหิตสูง)			
3. หูฟัง			
4. เครื่อง Droptone			
5. สายวัดระดับมดลูก			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ไม่มี

Droptone = ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพเอกสาร แผ่นพับ			
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก			
3. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก			
4. ที่วัดความยาว/ส่วนสูง			
5. สายวัดรอบศีรษะ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

- ขาดชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก= ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
เครื่องมือ เครื่องใช้สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้			
1. เครื่องวัดความดันโลหิต			
2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			
3. หูฟัง (stethoscope)			
4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้			
5. ไฟฉาย			
6. ไม้กีดลิ้น			
7. ไม้เคาะเข่า			
8. สายวัด			
9. ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
10. ถุงมือยาง			
11. ผ้าปิดจมูก			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ (1-11) = มี

- มีข้อ 1-7 = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1-7 = ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7 ทักษะกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานและมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ			
(2) มียูนิตทำฟันทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบดังนี้ 2.1 ระบบแสงสว่างโดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน 2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมกระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด 2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง			
(3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)			
(4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม			
(5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสงสำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit)			



เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ			
(7) มีผู้เฝ้าสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์			
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ			
รวม 8 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี/ไม่มี ได้เท่านั้น)			

หมายเหตุ 1. กรณีที่ รพ.สต. แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ประเมินร่วมกับ รพ.สต. ในเครือข่ายที่ให้บริการร่วมกัน

2. การแปลผล - หากข้อใดข้อหนึ่งใน 1-6 = ไม่มี

- มี 1-8=มี

- มี 1-6= มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.1 การดูแลบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) /LTC/Palliative care

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(1) หูฟัง			
(2) เครื่องวัดความดันโลหิต			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข่า			
(8) เครื่องตรวจน้ำตาล			
(9) เตียง Fowler			
(10) เครื่อง suction mobile			
(11) Oxygen Home therapy			

หมายเหตุ -LTC มีข้อ 1 – 8 = มี

-LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 8= ไม่มี

-Palliative careมีข้อ 1 – 8 และ มีข้อ 9 – 11 อย่างน้อย 1 ข้อ = มี

- Palliative careขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9– 11= ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กศค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น : 4.3.2 การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก (SRRT : Surveillance and Rapid Response Team)

(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต /เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโรคที่พบบ่อย			
1.อาหารเลี้ยงเชื้อ (Carry Blair) สำหรับเก็บเพาะเชื้อจากตัวอย่างอุจจาระ (Rectal Swab Culture)			
2. ตลับเก็บ fresh stool เมื่อมีผู้ป่วย Acute Flaccid Paralysis : AFP			
3. ขวด Sterile เก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียน หรือไอ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)

ประเด็น 4.3.3 เกณฑ์กรรม/ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)

ชื่อ-นามสกุลผู้ประกอบการ.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง

ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่ พบไม่ถูกต้อง
1. อาหารที่ไม่มี อย. 10 ชนิด ได้แก่ นม นมเปรี้ยว ไอศกรีมน้ำดื่ม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซอส น้ำปลาเครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง ขนมปัง/เบเกอรี่ ที่มาจากแหล่งผลิตนอกอำเภอหรือไม่ทราบแหล่งที่มา			
2. อาหารตามข้อ 1 ที่ฉลากไม่มีวันเดือนปีผลิต/หมดอายุ			
3. ขนม/อาหารที่มีลักษณะกายภาพ/บรรจุภัณฑ์/การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง/เสื่อมสภาพ หมดอายุ			
4. ยาห้ามขาย(ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะNSAIDs ยานัด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก)			
5. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย.ห้ามขาย ขาย 34 รายการ			



ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่ พบไม่ถูกต้อง
6. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย. ประกาศผลตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้ (ตาม รายการที่กำหนด)			
7. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ฉลากไม่ ถูกต้อง (ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีฉลาก ไม่มีเลขที่ใบรับ แจ้ง 10 หลัก)			
8. แผ่นป้ายโฆษณาอาหาร เครื่องดื่ม ยาที่ผิด กฎหมาย(1.อาหาร/เครื่องดื่ม โฆษณาสรรพคุณ ป้องกันรักษาโรค 2. ยา โฆษณารักษาเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต บำรุงกาม คุมกำเนิด โฆษณาสรรพคุณยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือโฆษณาเชิงโชค ส่งกล่องยารับรางวัล)			

- 2.การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย - ดูเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร () ถูกต้อง () ไม่ถูกต้อง
 - ดูวันผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง ()
 - รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า () ระบุ () ไม่รู้

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

รายการเครื่องสำอางสำหรับฝ้า34 รายการที่ห้ามขายตาม
ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิตนำเข้า หรือขาย
ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2553และฉบับที่ 2 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552

1. BEANNE บีแอน ครีมไข่มุกตราแตร
2. แอนตี้-ฟาร์ ครีม
3. แอนตี้-ฟาร์ โลชั่นกันฝ้า ปรับผิว
4. ROSE ครีมขจัดฝ้า
5. FAR-ACT ครีมรักษาฝ้า
6. CN คลินิก 99
7. ครีมฝ้าเมลลาแคร์
8. โลชั่นกันแดด กันฝ้า เมลลาแคร์
9. ครีมวินเซิร์ฟ
10. โลชั่นวินเซิร์ฟ ลดฝ้ากันแดด
11. MUI LEE HIANG PEARL CREAM
12. เอสจี โลชั่นปรับสภาพผิว
13. เลนาว ครีมบำรุงผิวหน้ากลางคืน
14. NEW CARE นิวแคร์ ครีมประทินผิว
15. NEW CARE นิวแคร์ โลชั่นปรับสภาพผิว
16. 3 ทรีเคย์ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน ครีมลดริ้วรอยหมองคล้ำ
17. 3 ทรีเคย์ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
18. 3 ทรีเคย์ เนเซอร์ล ครีมทาสิว
19. 3 ทรีเคย์ เนเซอร์ล โลชั่นป้องกันแสงแดด
20. พรีเมิ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน ครีมลดริ้วรอย
21. พรีเมิ ไบรเทน แอนด์รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
22. มิสเคย์ ครีมแก้สิว
23. มิสเคย์ ครีมแก้ฝ้า
24. พอลล่า ครีมทาสิว
25. พอลล่า ครีมทาฝ้า
26. พอลล่า โลชั่นกันแดดรักษาฝ้า
27. ครีมชาเขียว DR. JAPAN



28. ครีมหาเซีย MISS JAPAN
29. ซิซาเดะ ครีมน้ำขาว โสมผสมไข่มุกญี่ปุ่น
30. ครีบบัวหิมะ หลิง หลิง
31. ครีม QIAN MEI
32. ครีม QIAN LI
33. ครีม CAI NI YA
34. ครีม JIAO LING

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....

.....





(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ประเด็น : การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder

หมายเหตุ *** เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(1) มีคู่มืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาและเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี (มีที่เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย ค้นหาได้ง่ายและมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)			
(2) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วยสำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยอย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้ 2.1 ชื่อ นามสกุลอายุ ผู้ป่วย 2.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 2.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ			
(3) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วยที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ อย่างน้อยต้องมีรายการดังต่อไปนี้ 3.1 ชื่อสถานพยาบาล 3.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 3.3 วันเดือน ปี รับบริการ 3.4 ชื่อ นามสกุลอายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพที่อยู่และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3.5 ประวัติอาการป่วย ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสุดของผู้ป่วย 3.6 การวินิจฉัย 3.7 การรักษา 3.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นอย่างข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)			



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

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

ข้อ 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ให้ข้อมูล กศค./อศค. ผู้รับบริการ

มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1. ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างไร			
2. ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ2ส อย่างไร			
2.1 มีการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพอย่างไร			
2.2 ออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อสุขภาพอย่างไร			
2.3 มีการจัดการอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียดอย่างไร			
2.4 ท่านทราบผลกระทบของสูบบุหรี่หรือยาเส้นต่อสุขภาพ และวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร			
2.5 ท่านทราบผลกระทบของสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ และวิธีหลีกเลี่ยงอย่างไร			
3. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง คุณภาพอย่างไร			
4. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร			
5. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว เพื่อนำบุตรหลานอายุ 0 -5 ปี ไปรับการตรวจพัฒนาการตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร			
6. ท่านทราบความสำคัญและวิธีการเฝ้าระวังปัญหาสังคม/พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น (ท้องไม่พร้อม ดิดเกมส์ ยาเสพติด เด็กแว้น ฯลฯ) อย่างไร			
7. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร			



เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/เงื่อนไข การปรับปรุง
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	
8. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเรื่องของ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างไร			
9. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร			
10. หอมประจำครอบครัวของท่านมีบทบาทอย่างไรในการให้บริการหรือ สนับสนุนด้านสุขภาพ			

เกณฑ์การให้คะแนน

- รายข้อ “ผ่าน” ได้ 1.5 คะแนน “ไม่ผ่าน” ได้ 0 คะแนน
- ภาพรวม คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 10.5 คะแนน ถือว่า ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 70)
 - คะแนนรวม ได้ 0-10 คะแนน ถือว่า ไม่ผ่านเกณฑ์
 - ข้อ 2 ตอบได้ 2.1-2.5= ผ่าน (1.5) ตอบไม่ได้ข้อใดข้อหนึ่ง= ไม่ผ่าน(0)

หมายเหตุ สุ่มตรวจ 10% ของหลังคาเรือนครอบคลุมทั้งพื้นที่ที่รับผิดชอบ



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด ผลลัพธ์ 5

หน่วยบริการอำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อที่ 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
5.2.1. ตัวชี้วัดกลางงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ(QOFประเทศ)	10	
5.2.1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 – 74 ปี ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	1	
5.2.1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 – 74 ปี ที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	1	
5.2.1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	1	
5.2.1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก	5	
5.2.1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis)		
5.2.1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea)		
5.2.1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก(epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT)	1	
5.2.1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30–60ปี ภายใน 5ปี	1	
5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จากHDC)	5	
5.2.2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	1	
5.2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	1	
5.2.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	1	
5.2.2.4 ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด	1	



ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
5.2.2.5 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้	1	
5.2.3 ตัวชี้วัดเขต	2	
5.2.3.1		
5.2.3.2		
5.2.3.3		
5.2.3.4		
5.2.3.5		
5.2.4. ตัวชี้วัดจังหวัด	2	
5.2.4.1		
5.2.4.2		
5.2.4.3		
5.2.4.4		
5.2.4.5		
5.2.5. ตัวชี้วัดอำเภอ	1	
5.2.5.1		
5.2.5.2		
5.2.5.3		
5.2.5.4		
5.2.5.5		

- หมายเหตุ
- ตัวชี้วัดระดับกระทรวง 5 ตัว เลือกโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)
 - ตัวชี้วัดระดับเขต/ จังหวัด/ อำเภอ เลือกโดย เขต จังหวัด อำเภอ



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

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

ข้อ 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
5.3.1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้เช่น CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่	สินทรัพย์ความรู้
5.3.1.1 การจัดการองค์ความรู้			- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ	(Knowledge assets)
- ไม่มี	0		CQI R2R นวัตกรรม	หมายถึงทรัพยากรทางปัญญาที่มีการ
- มี	1		งานวิจัย	การสั่งสมในองค์กร เป็นสมบัติของ
5.3.1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน				องค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบ
- ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	0			ของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้
- สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	1			ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ
5.3.2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติ	(1)		- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ	ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้
จากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน			CQI R2R นวัตกรรม	อาจเก็บไว้ในตัวบุคคล
- มีผลลัพธ์	0		งานวิจัย	ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการ
- มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	1		- รูปแบบการเผยแพร่	ปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ
			ชัดเจน	ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์
5.3.3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัยนำไปสู่การดูแลตนเองได้	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่	ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ(know
- ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	0		- สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็น	how)ที่ทำให้องค์กรประสบ
- ชุมชน ผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	1		กลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI	ความสำเร็จ
- ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้	2		R2R นวัตกรรมงานวิจัย	
คะแนนรวม	5			



สรุปคะแนน

(ร่าง) สรุปคะแนนประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
1	หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี	300		
	1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมนูญ	14		
	1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	10		
	1.1.1.1 มีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS)/คณะกรรมการสุขภาพตำบล	2		
	1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอดทิศทาง	2		
	1.1.1.3 การกำกับดูแล	2		
	1.1.1.4 การจัดการซื้อร้องเรียน	2		
	1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ	2		
	1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม	4		
	1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม	2		
	1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่สำคัญ	2		
	1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ	4		
	1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	2		
	1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	2		
	1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	2		
	1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	2		
	1.3 ระบบรายงาน/กระบวนการที่สำคัญ	282		
	1.3.1 การจัดการการเงินและบัญชี	5		
	1.3.2 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม	47		



ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	1. สภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร	7		
	2. สภาพแวดล้อมภายในอาคาร	22		
	3. ห้องส้วม	6		
	4. บริการ	12		
	1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน	230		
	1.3.3.1 การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ (IC)	20		
	1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร	4		
	2. การดำเนินงาน	15		
	1.3.3.2 ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)	107		
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป			
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ	5		
	ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ	102		
	1. บุคลากร	10		
	2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน	4		
	3. น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ	44		
	3.1 วัสดุน้ำยา	6		
	3.2 เครื่องมือทดสอบ	16		
	3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายน้ำ	4		
	3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนใน ปัสสาวะ	2		
	3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ใน ปัสสาวะ)	4		
	3.6 การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)	12		



ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ	10		
	5. ขั้นตอนการทดสอบ	4		
	6. การประกันคุณภาพการทดสอบ	12		
	7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย	4		
	8. การรายงานผลการทดสอบ	14		
	1.3.3.3 เกณฑ์กรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	44		
	1. บุคลากร	2		
	2. คลังยาและเวชภัณฑ์	16		
	3. งานบริการเภสัชกรรม	10		
	4. งานคุ้มครองผู้บริโภค	16		
	1.3.3.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	60		
	ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล	20		
	ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	20		
	ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน	20		



(ร่าง) สรุปแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป่าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป่าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10		
	2.1 การ ได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) ประชากรกลุ่มเป่าหมายฐานข้อมูลผู้รับบริการ	2		
	2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย	2		
	2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย	2		
	2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม	2		
	2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจของประชากร กลุ่มเป่าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการ จัดการข้อร้องเรียน	2		



(ร่าง) สรุปแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

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

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	10		
	3.1 มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ	2		
	3.2 มีการสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร	2		
	3.3 มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรและการประเมินผลการปฏิบัติงาน	3		
	3.3.1 มีการจัดระบบพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็น	1		
	3.3.2 มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร	2		
	3.4 มีการเสริมพลังประชาชนและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)	3		



(ร่าง) สรุปแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	30		
	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)	7		
	4.2 การบริการในสถานบริการ (บพบาทเจ้าหน้าที่)	14		
	4.3 การบริการในชุมชน (บพบาท เจ้าหน้าที่ /อสม./ กศค./อสค./ญาติผู้ป่วย)	9		



(ร่าง) สรุบบแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

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

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	หมวด 5 ผลลัพธ์	40		
	5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self care)	15		
	5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)	20		
	5.2.1. ตัวชี้วัดกลางบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF ประเทศ)	10		
	5.2.2. ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)	5		
	5.2.3. ตัวชี้วัดเขต	2		
	5.2.4. ตัวชี้วัดจังหวัด	2		
	5.2.5. ตัวชี้วัดอำเภอ	1		
	5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5		
	5.3.1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย	2		
	5.3.2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน	1		
	5.3.3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัยจนนำไปสู่การดูแลตนเองได้	2		



ตัวอย่างการคิดคะแนน

ลำดับ	เกณฑ์	ตัวอย่างการคิดคะแนน (เกณฑ์ละ 80%)					
		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	น้ำหนัก	คะแนนรวม	น้ำหนักที่ได้
1	หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี						
	1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมภิบาล	14	12	85.71	10	857.14	8.57
	1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ	4	4	100.00	5	500.00	5.00
	1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ	282	260	92.20	15	1,382.98	13.83
2	หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	10	9	90.00	10	900.00	9.00
3	หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล	10	8	80.00	10	800.00	8.00
4	หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย						
	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)	7	7	100.00	5	500.00	5.00
	4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)	14	13	92.86	15	1,392.86	13.93
	4.3 การบริการในชุมชน	9	8	88.89	10	888.89	8.89
5	หมวด 5 ผลลัพธ์						
	5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)	15	13	86.67	10	866.67	8.67
	5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)	20	18	90.00	5	450.00	4.50
	5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้	5	5	100.00	5	500.00	5.00
	รวม	390	357		100	7,221.87	90.39

บทที่ 4

แนวทางการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

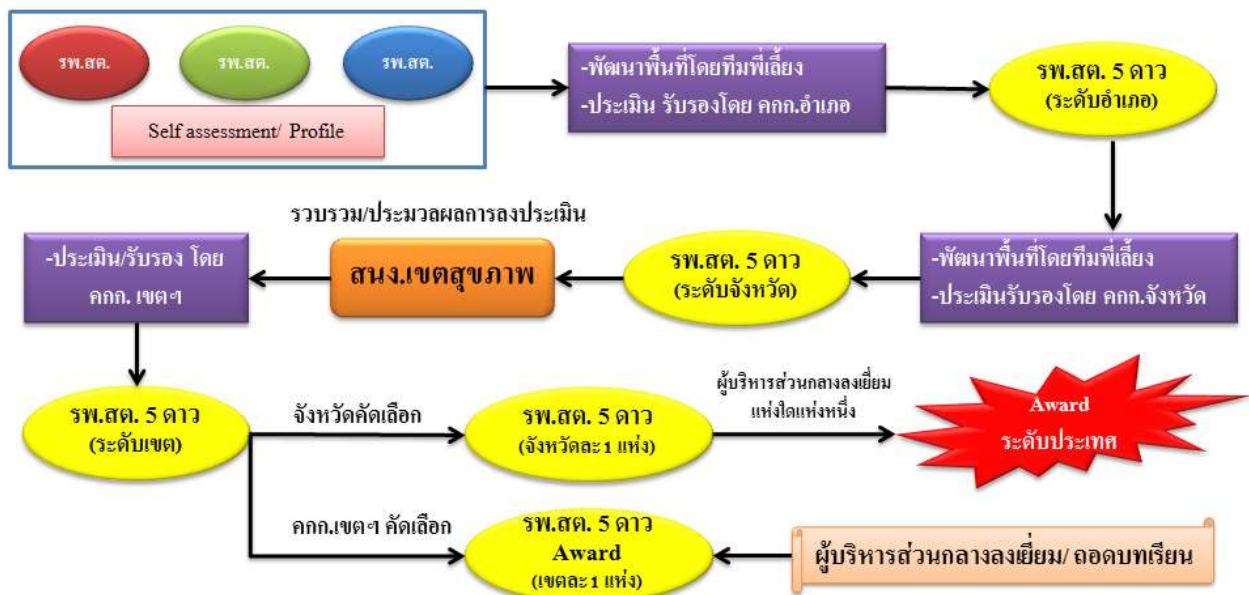
การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว มีตัวชี้วัด คือ ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ

โดยในปีงบประมาณ 2560 มีเป้าหมาย คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 10

รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้

1. คะแนนรายหมวด มากกว่า ร้อยละ 80
2. คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่า ร้อยละ 90

กระบวนการประเมิน



ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
2. ชี้แจงและทำความเข้าใจเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว ระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
3. เตรียมทีมผู้ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเป็นที่เล็งระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
4. พัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์คุณภาพฯ โดยที่เล็งระดับอำเภอ/ จังหวัด
5. ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง ระดับอำเภอ/ จังหวัด/ เขต
6. รับรองผลโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ
7. รับรางวัลระดับประเทศ ถอดบทเรียน เข้มข้นชื่นชมโดยผู้บริหาร

หลังจากชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว พื้นที่ศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ประเมินตนเอง และพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมที่เล็งระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐาน จากนั้น ประเมินและรับรองโดยคณะกรรมการ(คกก.) อำเภอ ส่งผลการประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ให้คกก.จังหวัดประเมินและรับรอง ส่งผลการประเมิน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ให้ คกก.เขต ประเมินและรับรองอีกครั้ง เขตจะส่งผล รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ที่ได้รับการรับรองจากเขต ให้ คกก.จังหวัด คัดเลือก รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ 1 แห่ง รับรางวัลระดับประเทศ จากนั้น คกก.เขตเลือกตัวแทน 1 แห่ง จาก รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ที่ได้รับรางวัลระดับประเทศของแต่ละจังหวัด เพื่อให้ผู้บริหารจากส่วนกลางเยี่ยมชื่นชมและถอดบทเรียนเพื่อ การพัฒนาระดับประเทศต่อไป





ที่ ๓๑๒๕ / ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ได้กำหนดเป้าประสงค์การพัฒนาคุณภาพอำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบบริการ การบริหารจัดการและวิชาการด้วยกลไกบริหารยุทธศาสตร์แบบครบวงจร รวมทั้งกำหนดแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ให้มีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจัดระบบบริการให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และเป็นเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่พึงพอใจได้รับการที่มีคุณภาพ ทั้งถึงและเป็นธรรม

ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ อำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว จึงขอยกเลิกคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๗๗๕/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการบางท่าน และ แต่งตั้ง คณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยมีองค์ประกอบ และอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- ๑) นายพิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕ ประธาน
- ๒) นายอิทธิพล สูงแข็ง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๗ รองประธาน
- ๓) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๔) ผู้อำนวยการสำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๕) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๖) นายสุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา คณะทำงาน
- ๗) นายปรารถนา ประสงค์ดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ฉะเชิงเทรา คณะทำงาน
- ๘) นายสุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) คณะทำงาน
จังหวัดอุดรธานี
- ๙) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี คณะทำงาน
- ๑๐) นายธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ คณะทำงาน
จังหวัดอุทัยธานี
- ๑๑) ผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล คณะทำงาน
- ๑๒) ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย คณะทำงาน
- ๑๓) ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย คณะทำงาน



- ๑๔) นายกสมาคมหมอนามัย คณะทำงาน
- ๑๕) นายกสมาคมชมรมสาธารณสุข คณะทำงาน
- ๑๖) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ประเทศไทย) คณะทำงาน
- ๑๗) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สายเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน (ประเทศไทย) คณะทำงาน
- ๑๘) เลขธิการชมรมนักวิชาการสาธารณสุข (ประเทศไทย) คณะทำงาน
- ๑๙) ประธานชมรมพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งประเทศไทย คณะทำงาน
- ๒๐) นางสาวพิชญกานต์ สุกุลพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน
โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี
- ๒๑) นางชูลีพร แดนสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน
โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี
- ๒๒) นางพัทธ์กรพิมล หาญรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
- ๒๓) นางสาวฐานิตา พลชม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คณะทำงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง
อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม
- ๒๔) นายปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร คณะทำงานและเลขานุการ
- ๒๕) นางสาวณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ คณะทำงาน
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี และผู้ช่วยเลขานุการ
- ๒๖) นายสมชาย พรหมจักร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส คณะทำงาน
จังหวัดสกลนคร และผู้ช่วยเลขานุการ
- ๒๗) นายทองดี มุ่งดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ คณะทำงาน
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โดยให้คณะทำงานมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. วางแผนและกำหนดรูปแบบการตรวจประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (อำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว)
๒. ดำเนินการติดตามการตรวจประเมินตามแผน
๓. สรุปรายงานผลการตรวจประเมินให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
๔. แต่งตั้งคณะทำงานอื่น ๆ เพื่อปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
๕. ดำเนินการอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙



รพ.สต.ติดดาว



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี

