



รพ.สต.ติดดาว



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี

คู่มือแนวทางการพัฒนา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

(รพ.สต.ติดดาว)

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH



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) การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ที่ 2 ระบบบริการ เรียกว่า รพ.สต.ติดดาว หนังสือเล่มนี้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ซึ่งเนื้อหาหลักประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี และแนวทางการดำเนินงานการประเมิน รพ.สต. ในปี 2560 โดยหน่วยงานระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2560 เล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

คณะทำงานพัฒนา รพ.สต.ติดดาว

พฤศจิกายน 2559



สารบัญ

	หน้า
คำนิยามปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ก
บทที่ 1 แนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	1
บทที่ 2 ภาพรวมของเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	3
บทที่ 3 เกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	15
บทที่ 4 แนวทางการประเมิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	118
ภาคผนวก	120



ค่านิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยอีก 20 ปีข้างหน้า มีเป้าหมายอายุเฉลี่ยประชาชนเท่ากับ 85 ปี และอายุเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีเท่ากับ 72 ปี กระทรวงสาธารณสุขจึงให้บริการประชาชนทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทูตียภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในการบรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เนื่องจากเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่ารักษา และเป็นกลไกที่คุ้มค่าแก่การลงทุน

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดโครงการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีชื่อเรียกว่า รพ.สต.ติดดาว ซึ่งจะมีเนื้อหาการประเมินครอบคลุมยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขคือ ความเป็นเลิศ ทั้ง 4 ด้าน โดยเน้นการทำงานเชื่อมกับหน่วยบริการแม่ข่ายได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม นอกจากนี้มีการพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันในชุมชนได้แก่ 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 สถานการณ์การพัฒนาบริการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547 – 2558) พบว่า อัตราการใช้บริการ ผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น สถานการณ์บุคลากรยังขาดแคลน เช่น วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัตริกร พยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพบริการโรคเรื้อรังยังไม่ดีขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีที่สุดในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ในขณะเดียวกัน บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขก็มีค่านิยมในการขับเคลื่อนงานร่วมกัน 4 ด้าน โดยนำตัวย่อจาก ชื่อกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH ประกอบด้วย M คือ Mastery คือบุคลากรเป็นนายของตัวเอง ที่ต้องเอาชนะ โลก โกรธ 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 หน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพการจั้ดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุข

ของหน่วยบริการ เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุน มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน (DHS) และอาศัยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นผู้ที่ต้องนำเกณฑ์ไปใช้ในการทำงานใน รพ.สต. (Participation) ทำให้เกณฑ์คุณภาพมีความเป็นรูปธรรมที่วัดได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทของพื้นที่ (Deployment) เป็นงานประจำที่ทำอยู่ลดความซ้ำซ้อน ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมให้กับผู้ปฏิบัติงาน และให้ความสำคัญกับเกณฑ์มาตรฐานการทำงานร่วมกับชุมชน ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน (Integration)

นอกจากนั้น กระบวนการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาว (Accreditation) จะช่วยกระตุ้นสนับสนุน และเสริมพลังให้ทีมงานในพื้นที่ให้ทำงานประสบความสำเร็จโดยใช้กระบวนการเยี่ยมผู้ปฏิบัติงาน ด้วยการดูแล (Caring) จากสหวิชาชีพเครือข่ายบริการหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการให้คำแนะนำในการดำเนินงาน (Coaching) ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพและการให้คุณค่า (Appreciation) กับทีมงานพื้นที่ หลังการประเมินมีการถอดบทเรียน (Learning) และมอบรางวัลให้กำลังใจในทีมงาน (Award)

ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เกษษกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ แพทย์แผนไทย ฯลฯ มีบทบาทในการพัฒนาและลงเยี่ยมสำรวจ และตรวจประเมินเพราะสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ 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 ถ่ายทอดสื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติที่ทั้ง รพ.สต. และกำหนดวิธีการ ทบทวนผลการดำเนินการของ รพ.สต. เพื่อให้บรรลุพันธกิจของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมที่แสดงความรับผิดชอบ ต่อสังคมอย่างมีจริยธรรมและเป็น รพ.สต. ที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของสังคม วางแผนเชิงกลยุทธ์ โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ รพ.สต. ร่วมกับสภาพปัจจัยภายนอก ในการกำหนด ยุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะยาว และกลยุทธ์การดำเนินงานให้เป็นที่ไปตาม พันธกิจ และวิสัยทัศน์ของ รพ.สต. รวมทั้งการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และ มีการวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ในด้านการวัดการเลือก รวบรวม วิเคราะห์และจัดการข้อมูล สารสนเทศ เพื่อผลักดันให้เกิดการประเมินผล ทบทวนผลการดำเนินงาน และนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการ และกระบวนการดำเนินงานของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถ	Governance excellence

<p>การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว)</p>	<p>แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี 4 Excellence Strategies</p>
<p>รพ.สต. รับรู้ เข้าใจ สถานการณ์สุขภาพของประชากร กลุ่มเป้าหมาย และสถานการณ์ชุมชนที่รับผิดชอบ เข้าใจ รับรู้ ความต้องการ ความคาดหวัง 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. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากรเชิงรุกอย่างครอบคลุมทันการณ์ 4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับชุมชน 	<p>PP excellence</p>
<p>ตรวจประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรพัฒนาตนเอง และใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่เพื่อให้มุ่งไปในแนวเดียวกัน การสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมในการทำงาน สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งจะนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศและความเจริญก้าวหน้าของบุคลากรใน รพ.สต.</p>	<p>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 การบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่มีชี้อายุ และคุ้มครองผู้บริโภค 1.4 การจัดระบบการบริการด้านชั้นสุด 1.5 การจัดหา บำรุงรักษา การซ่อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์ 2. การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานต่างๆ การตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน / วิเคราะห์ ในมิติด้านประสิทธิผลมิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพของการให้บริการ และมิติด้านการพัฒนา รพ.สต. เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน 	<p>Service excellence</p>

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



ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ได้ใช้ค่านิยมของกระทรวงสาธารณสุข MOPH ในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โดยใน

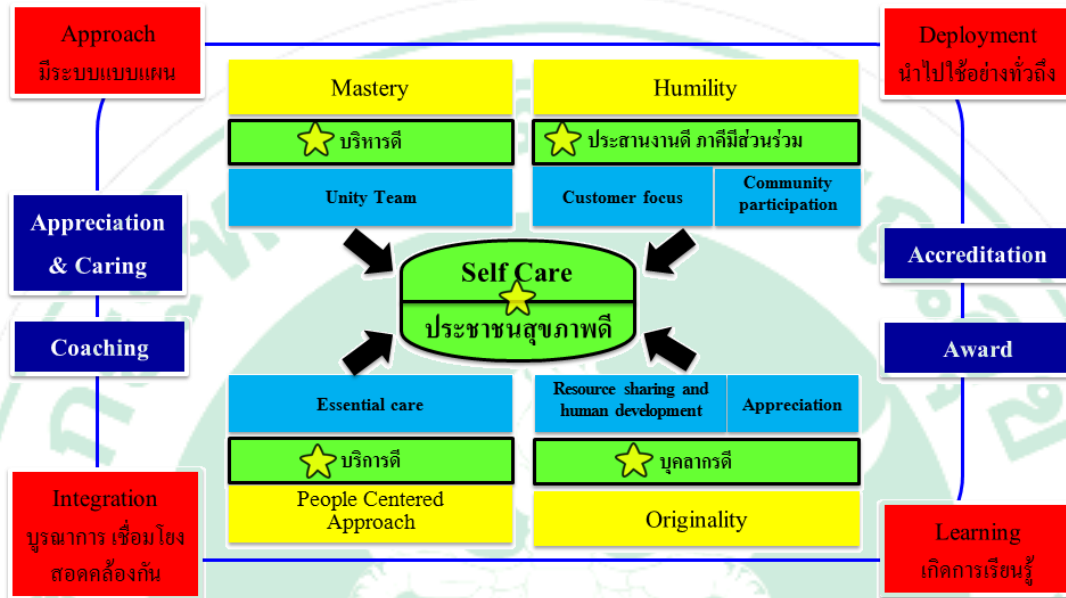
M คือ Mastery การมีภาวะผู้นำในทุกๆระดับ มีการให้ความสำคัญและให้น้ำหนักคะแนน ในเกณฑ์คุณภาพส่วนที่ 1 สูง คือ เรื่องการบริหารงานที่ดี การนำองค์กรและการจัดการดี เช่น ผู้บริหารทุกระดับ กำหนดทิศทางพัฒนาที่ชัดเจน ต้องมีการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) คณะกรรมการสุขภาพตำบล โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องทำงานร่วมกับรพ.สต.เพื่อจัดบริการที่ได้มาตรฐานให้กับประชาชน 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 คือประชาชนมีความสุขภาคี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี ในที่สุด

กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว สรุปตามแผนภูมิต่อไปนี้



เอกสารอ้างอิงอื่นในการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อลดความซ้ำซ้อน สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่แล้ว เช่น

1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS-PCA)
2. เกณฑ์การประเมินคัดเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดีเด่น/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ดีเด่น ปี 2559
3. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 /จังหวัดสิงห์บุรี/จังหวัดอุทัยธานี ปี 2559
4. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2559
5. 4 Excellence Strategies
6. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560
7. เกณฑ์บจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ(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

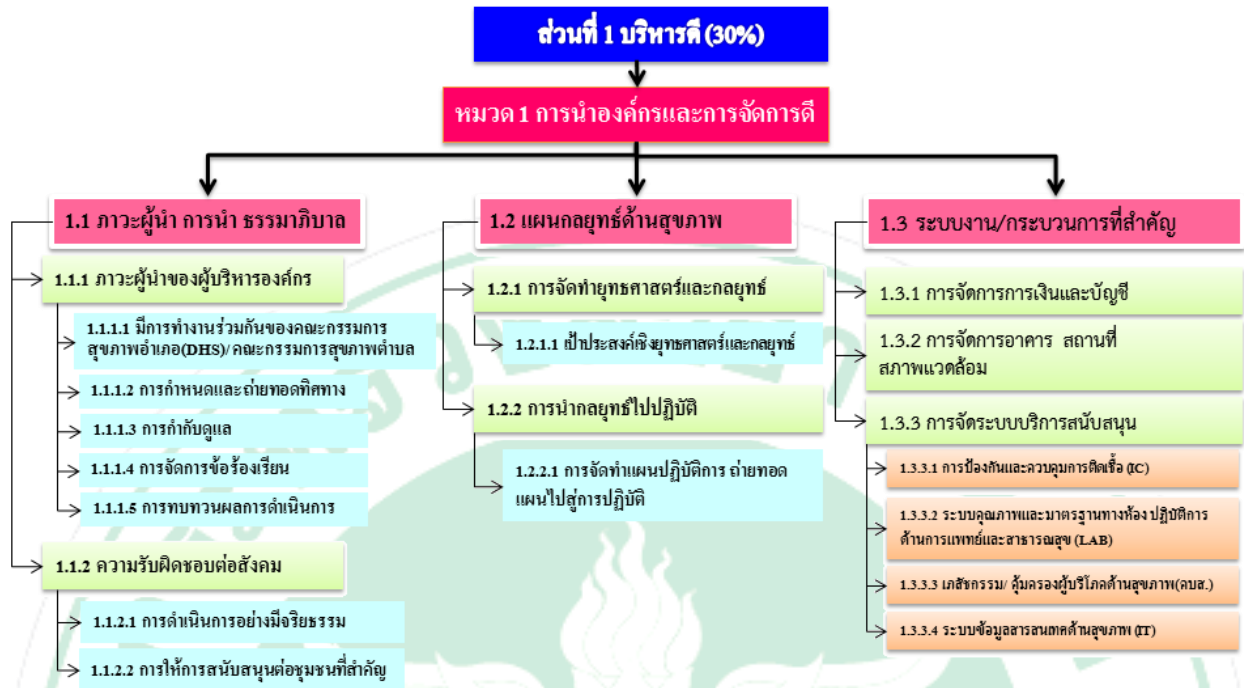
2. หน่วยบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มทุกเป้าหมาย ทำงานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

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 ภาคีเครือข่าย ให้เห็นความสำคัญในการแก้ปัญหาในพื้นที่ จนสามารถขับเคลื่อนงานให้ประสบความสำเร็จ เป็นต้น ผู้นำหรือทีมผู้นำ มีนโยบายที่ชัดเจนและมีช่องทางการสื่อสารให้ทีมงานเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้ ทำให้การทำงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้นำของภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตนเอง มีการวางแผนการทำงานที่ชัดเจน ตรงตามวัตถุประสงค์ มีการติดตามผลการทำงาน มีการให้ความสำคัญกับข้อร้องเรียนมีการจัดระบบรับเรื่องร้องเรียนและการจัดการแก้ไข มีค่านิยมในการทำงาน เป็นนายตนเอง ยึดมั่นในกฎหมาย ระเบียบราชการ รับผิดชอบต่อสังคม โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดูแลกันในชุมชนให้มีสุขภาพดี

นอกจากนั้นระบบการบริหารจัดการที่ดี มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการเงิน อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม พัฒนาระบบสนับสนุนให้การบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) มาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ (LAB) เกษีขกรรม/คู่มือรองผู้บริหารโรคด้านสุขภาพ (คปส.) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพของตน เป็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการในหน่วยบริการให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว

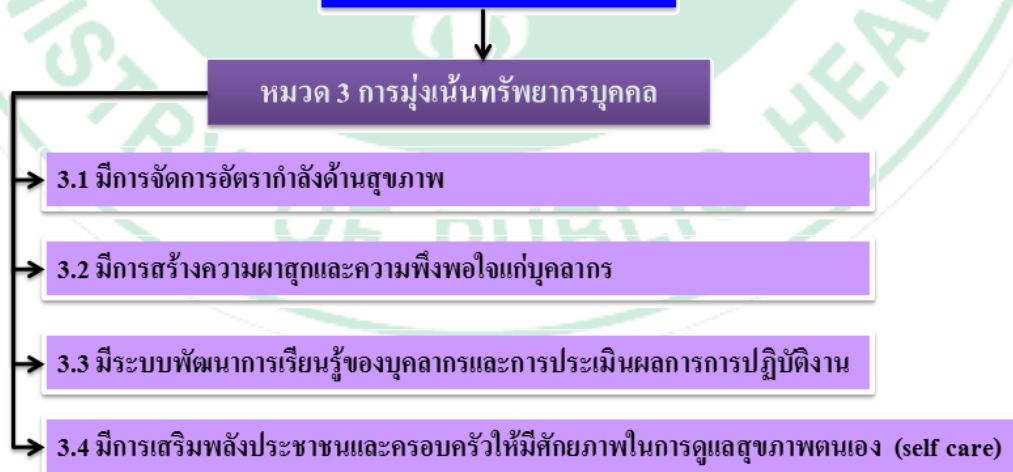
ส่วนที่ 2 ประสานงานภาคีมีส่วนร่วม (10%)



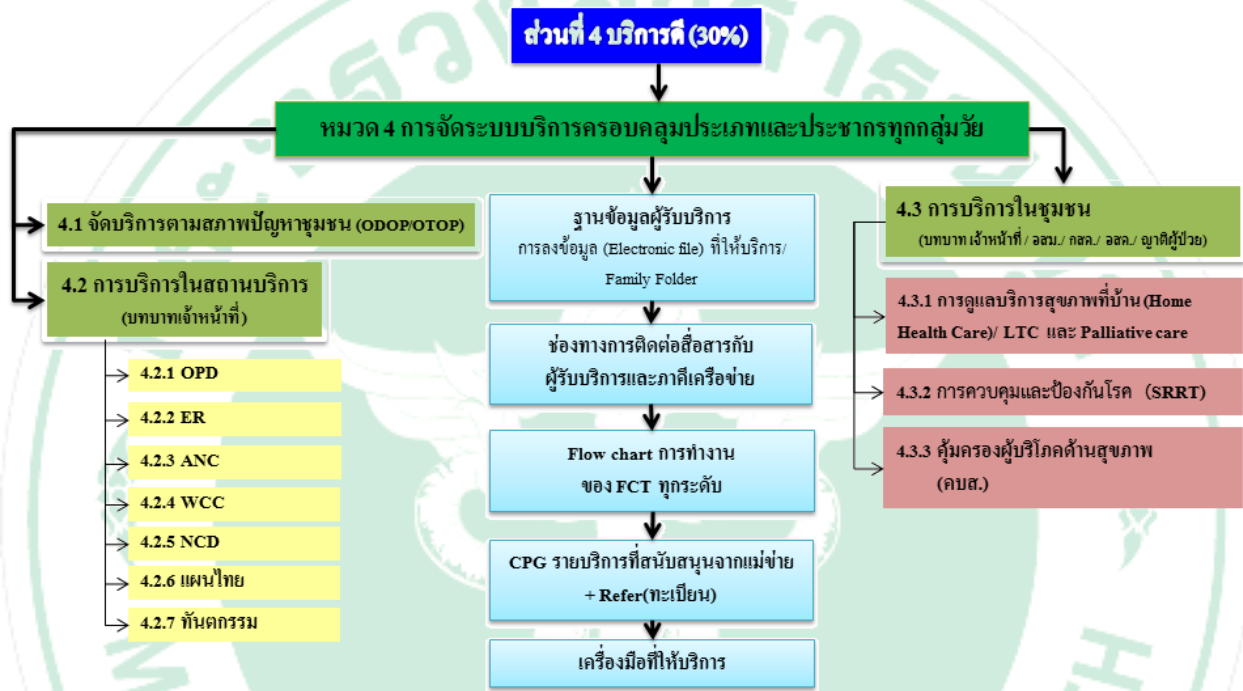
ในการทำงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยความอ่อนน้อมถ่อมตน ประสานงานในเครือข่ายและภาคีเครือข่าย มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน มีกลไกสร้างสัมพันธ์กับชุมชนและสร้างความร่วมมือ ร่วมกันคิด ค้นหาความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ จากนั้นมาวางแผน โครงการแก้ปัญหา ร่วมกันทำ ร่วมกันแก้ปัญหา รวมถึงประเมินผลและเรียนรู้ไปด้วยกัน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

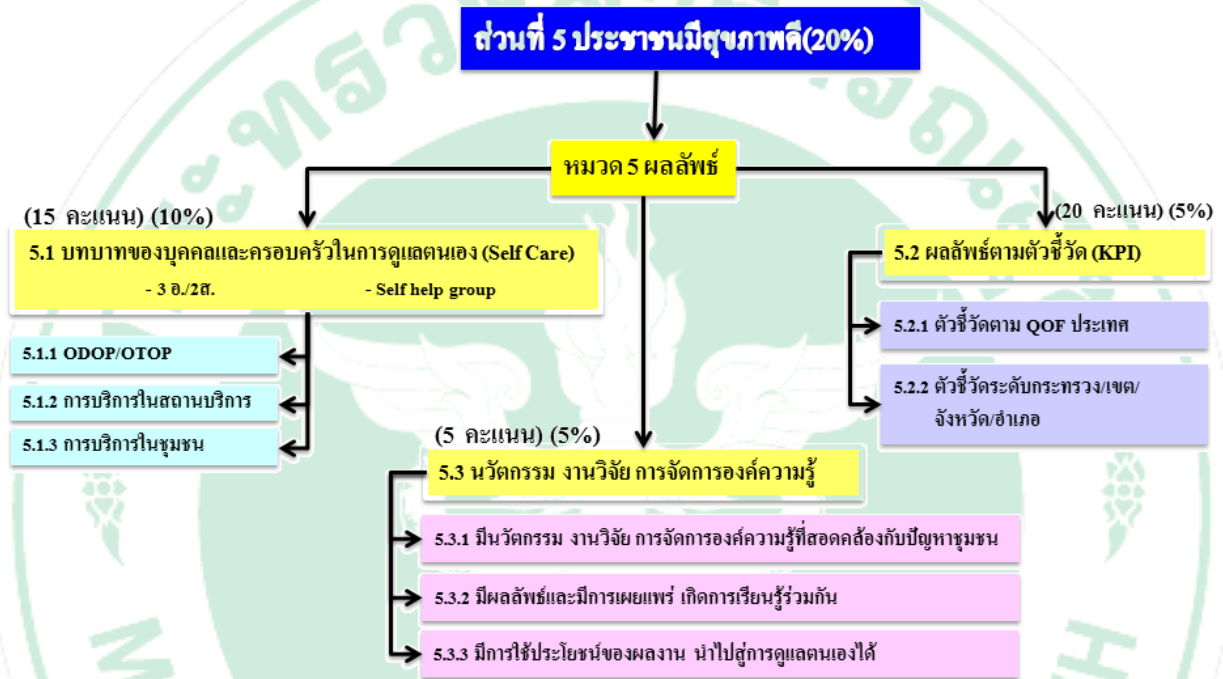


หน้าที่สำคัญของ รพ.สต. คือ การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย จึงควรมีการพัฒนาคุณภาพการบริการ ทั้งในเชิงรุก และเชิงรับ มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

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

การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่ มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ การควบคุมโรคระบาด การคุ้มครองผู้บริโภค

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



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

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

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



บทที่ 3

เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมนูญ	(14)		- สัมภาษณ์ / บันทึก และรายงาน การประชุม - มีโครงสร้างองค์กร มีคณะกรรมการ/ คณะทำงาน มีระบบการทำงาน การมอบหมายงาน ที่ชัดเจน	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้างและกลไก การตัดสินใจของผู้นำใน องค์กร การสื่อสาร การนำผลการตัดสินใจ ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนา ผู้นำ/ผู้บริหาร การปลูกฝังค่านิยม ทิศทาง ความคาดหวัง รวมทั้งความสัมพันธ์ ระหว่างผู้นำ คณะกรรมการสุขภาพ อำเภอ (DHS) หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงาน
	1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	(10)			
	1.1.1.1 มีการทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS)/ คณะกรรมการสุขภาพตำบล	(2)			
	- ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน ร่วมกัน	0			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน น้อยกว่าปีละ 4 ครั้ง	1			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ปีละ 4 ครั้ง	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					<p>สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น โดยมีการทำงานด้านสุขภาพร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์สามารถประสานและสามารถเชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมีเป้าหมายเดียวกัน</p> <p>คณะกรรมการสุขภาพตำบลหมายถึง ผู้แทนจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน</p>

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					สาธารณสุขอื่นๆ วัด โรงเรียน หน่วยงาน เอกชน ส่วนราชการที่ เกี่ยวข้อง และภาค ประชาสังคมซึ่งรวมถึง อสม.และผู้แทนชุมชน อื่นๆ
	1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอด ทิศทาง	(2)		- พิจารณาจากข้อมูล CPP (Contracting Provider Profile) ร่วมกับการสัมภาษณ์ ทีมนำผู้รับผิดชอบ โดยอธิบายแสดง พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม แผน ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการ ในการ จัดบริการ สาธารณสุข โดย พิจารณาความ สอดคล้องกับสถานะ ของผู้รับบริการและ ตามบริบทของพื้นที่/ มีแผนงานที่ สอดคล้องกับ แผนงานของ CUP ที่ ระบุเป็นลายลักษณ์ อักษรที่ชัดเจน	วิสัยทัศน์ หมายถึงการมองไปใน อนาคต(Future Perspective) เป็นสิ่งที่ จะบอกถึงสิ่งที่องค์กร อยากจะเป็นในอนาคต และการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมต้องคำนึงถึง ความต้องการหรือ ผลประโยชน์จาก ประชาชน ชุมชน สังคม และผู้ได้รับผลกระทบ ในพื้นที่รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็งของ องค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์และ เป้าประสงค์ อาจ กล่าวถึงผลลัพธ์ด้าน สุขภาพของประชาชน หรือรูปแบบ การบริการที่ปรารถนา
	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มี แผนงานและโครงการ ที่สอดคล้องกับ สถานะสุขภาพของผู้รับบริการ และ บริบทของพื้นที่ มีการสื่อสารให้บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ระบุ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน				
	- ไม่มีการดำเนินงาน ไม่มีเอกสาร	0			
	- มีการดำเนินงาน เอกสารไม่ ครบถ้วน และไม่มีผลการวิเคราะห์ผล การดำเนินงาน	1			
	- มีการดำเนินงานมีเอกสาร ครบถ้วน และมีการวิเคราะห์ผล สรุปผล การดำเนินงาน	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี				<p>- พิจารณาเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบมี แผนงานที่สอดคล้อง กับแผนงานของ CUP และสอดคล้อง กับสถานะสุขภาพ ของผู้รับบริการ</p> <p>- พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจของ บุคลากรและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียในการนำ วิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่ การปฏิบัติ</p>	<p>ในอนาคต 3 – 5 ปี เป็นต้น</p> <p>การสื่อสารทิศทางของ องค์กร หมายถึง การสื่อสารทิศทางของ องค์กรในอนาคตที่ ต้องการให้บุคลากรใน องค์กรได้รับทราบและ เข้าใจเมื่อได้จัดทำ วิสัยทัศน์และกำหนด เป้าประสงค์ คำนิยาม และความคาดหวังของ องค์กรแล้วจะต้องมี กระบวนการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ เพื่อให้ บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับและนำไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้บริหารสามารถ ดำเนินการได้หลายวิธี แต่วิธีการหนึ่งที่มี ประสิทธิภาพได้แก่ การสื่อสาร แบบ สองทิศทาง (Two Way Communication) สร้าง บรรยากาศที่ดีในทุก รูปแบบที่สามารถ</p>



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					ดำเนินการได้ กระตุ้น ให้บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับทราบ เข้าใจถึง เจตนารมณ์ของทิศทาง ดังกล่าวร่วมกัน สามารถดำเนินการได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความผูก
	1.1.1.3 การกำกับดูแล	(2)		- โครงสร้างการ บริหาร	การกำกับดูแล
	มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบ ผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกัน ทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วม ตรวจสอบได้			- ระเบียบปฏิบัติ การกำกับดูแลตนเอง	หมายถึง การแสดงให้ เห็นระบบการกำกับ ดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบ ต่อการกระทำของ ผู้บริหาร
	- ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ	0		บริหาร	ความรับผิดชอบด้าน การเงิน ความโปร่งใส
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน	1		- กฎระเบียบ หรือ นโยบายที่เกี่ยวข้อง	ในการดำเนินงาน
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและมีการทบทวนพิจารณาผล การดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรค อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	2		- แนวทาง การตรวจสอบ ประสิทธิภาพ การปฏิบัติราชการ	การตรวจสอบที่เป็น อิสระทั้งภายใน ภายนอกการพิทักษ์ ผลประโยชน์ของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย
	1.1.1.4 การจัดการซื้อร้องเรียน	(2)			ซื้อร้องเรียน
	มีโครงสร้างและระบบการจัดการ ซื้อร้องเรียน				หมายถึง ซื้อร้องเรียน จากผู้ป่วยญาติ ผู้รับบริการทั้งจาก



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					ภายใน/ภายนอก ที่ ไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการ ทำให้ไม่ พึงพอใจ และแจ้งขอให้ ตรวจสอบ แก้ไข หรือ ปรับเปลี่ยน การดำเนินงาน
	- ไม่มีระบบ	0			
	- มีระบบ โครงสร้างการจัดการซื้อ ร้องเรียนในระดับตำบล/ระดับหน่วย บริการ อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม/มีระบบ บริหารจัดการความเสี่ยง(RM)และระบบ การจัดการซื้อร้องเรียนมีการเก็บรวบรวม บันทึกข้อมูลการร้องเรียนทุกเรื่อง มีการ วิเคราะห์ระบุความเสี่ยง/ปัจจัยที่ ก่อให้เกิด/ประเมิน โอกาส/ผลกระทบ และนำสู่กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ย มี การนำข้อสรุปมาพัฒนางานเพื่อป้องกัน การเกิดซ้ำ	1		1. หน่วยงานมีคำสั่ง แต่งตั้ง คณะกรรมการ จัดการซื้อร้องเรียน ในระดับตำบล/ ระดับหน่วยบริการ 2. มีคำสั่งแต่งตั้ง มอบหมายงาน มี ผู้รับผิดชอบชัดเจน ในระดับตำบล/ ระดับหน่วยบริการ 3. มีการประชุม คณะกรรมการและมี รายงานการประชุม 4. มีการเก็บรวบรวม บันทึกข้อมูลการ ร้องเรียนทุกเรื่อง โดยแยกเรื่องชัดเจน สะดวกในการค้นหา 5. มีการนำข้อมูล	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี				การร้องเรียนมา วิเคราะห์ และนำมา สู่กระบวนการ การเจรจาไกล่เกลี่ย 6. มีการนำข้อสรุป มาพัฒนางาน เพื่อ ป้องกันการเกิดซ้ำ - ไม่มีการฟ้องคดี และไม่ต้องจ่ายเงิน ทดแทน - ไม่มีการฟ้องคดี แต่รัฐต้องจ่ายเงิน ทดแทน	
	- ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจใน การจัดการข้อร้องเรียน	2		- ไม่มีการฟ้องคดี และไม่ต้องจ่ายเงิน ทดแทน - ไม่มีการฟ้องคดี แต่รัฐต้องจ่ายเงิน ทดแทน	
	1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ	(2)		แผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/ การวิเคราะห์และ ปรับปรุงแผน การดำเนินงาน	การทบทวนผล การดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็นวิธีการ ในการเลือกและ รวบรวมข้อมูลและ สารสนเทศที่มี ความสอดคล้องและ เชื่อมโยงกัน เพื่อใช้ใน
	มีการทบทวนผลการดำเนินงานและ จัดทำแผน เช่น การบริหารงาน การจัดระบบสนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนาวิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผลงาน การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ ได้จากการทบทวน และค้นหาโอกาส พัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของ ประชาชน				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					การติดตามผล การปฏิบัติงาน และ ผลการดำเนินการและ นำผลการดำเนินงานมา ทบทวน วิเคราะห์เพื่อ จัดทำแผนใน การดำเนินงานให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
	- ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน	0			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็น ลายลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง (ปีละ 1 ครั้ง) และไม่มีผลลัพธ์ของ การพัฒนา	1			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็น ลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลลัพธ์ของ การพัฒนาเชิงประจักษ์	2			
	1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม	(4)		เอกสารแสดงกฎและ ระเบียบ ในการปฏิบัติงาน	พฤติกรรมที่ปฏิบัติตาม กฎหมายและจรรยาบรรณ : หน่วยบริการ/องค์กร แสดงให้เห็นว่ามี การระบุและคาดการณ์ ความเสี่ยง/ผลกระทบ ด้านลบต่อสังคม/ และความกังวลของ สาธารณะเนื่องมาจาก บริการ/การดำเนินงาน ขององค์กร และมี การเตรียมการแก้ไข รวมถึงการใช้ กระบวนการที่ใช้
	1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมี จรรยาบรรณ	(2)			
	มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นคำนิยาม และวัฒนธรรมในการทำงานของ บุคลากรที่ใช้ตัดสินความถูกต้องและ ความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อ พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย				
	- ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ	0			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ	1			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลาย ลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รักษาสิ่งแวดล้อม มีการกำหนด กระบวนการ เพื่อให้มี การปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้งลด ความเสียหายเหล่านั้น
	1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อ ชุมชนที่สำคัญ	(2)		รูปภาพกิจกรรม/ การบันทึกการให้ การสนับสนุนชุมชน	ชุมชน (Community) ครอบคลุมทั้งชุมชน ทางภูมิศาสตร์ และ ชุมชนในลักษณะอื่นๆ เช่น กลุ่มบุคคล ที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อบรรลุเป้าหมาย เดียวกัน หรือเครือข่าย สุขภาพ เป็นต้น การสนับสนุนชุมชน (Community support) รวมถึงความพยายามใน การสร้างเสริมความเข้มแข็ง ให้แก่ชุมชนท้องถิ่นใน ด้านการให้บริการ การให้สุศึกษา เพื่อ สุขอนามัย และการ จัดการสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น
	มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมใน การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับ ชุมชนนอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบ โดยตรง เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อ ชุมชน				
	- ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน	0			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มี การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มี ภาพหรือหลักฐานเชิงประจักษ์	1			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมี การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์	2			



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี					การสนับสนุนสุขภาพ ของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผล ต่อสุขภาพ การช่วยให้ สมาชิกในชุมชนพัฒนา ทักษะและความสามารถ ที่จำเป็นเพื่อสามารถ รับผิดชอบและตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพของ ตนเอง ทำงานร่วมกับ ผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิด ชุมชนที่มีสุขภาพดี
	1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ	(4)		สัมภาษณ์วิธีการ จัดทำแผน/การ กำหนดเป้าประสงค์/ แผน	กลยุทธ์ (strategy) มี ความหมายในเชิงกว้าง ว่าอาจเป็นผลหรือผลมา จากหรือนำไปสู่สิ่ง ต่อไปนี้ : การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้าง ความร่วมมือกับ พันธมิตร ความสัมพันธ์ ใหม่ๆกับบุคลากรหรือ อาสาสมัคร การเป็น ศูนย์กลางเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย
	1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์	(2)			
	1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์	(2)			
	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุ เป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มี ความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้ง เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	- ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์	0			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรม	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ				การเป็นผู้ให้บริการ เชิงบูรณาการ การตอบสนอง ความต้องการและ ความคาดหวังของ ผู้รับบริการ ชุมชนหรือ ความต้องการ ด้านสาธารณสุข วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives) หมายถึงความมุ่งหมายที่ ชัดเจนขององค์กรเป็น สิ่งที่องค์กรต้องการ บรรลุเพื่อให้สามารถอยู่ รอดได้ในระยะยาว เป็น การกำหนดทิศทางระยะ ยาวขององค์กร และใช้ เป็นแนวทางใน การจัดสรรหรือ ปรับเปลี่ยน การจัดสรรทรัพยากร ขององค์กร
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้ง เชิงปริมาณและคุณภาพ	2			
	1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	(2)		สัมภาษณ์การนำ กลยุทธ์ไปสู่ การปฏิบัติ	การถ่ายทอดกลยุทธ์ ไปสู่การปฏิบัติ เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติ การถ่ายทอดแผนไปสู่ การปฏิบัติเพื่อบรรลุ
	1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	(2)			
	มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ ตอบสนอง สอดคล้องกับแผน				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทาง การพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	ยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คน งบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการ ดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่ บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วน ร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนด ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของ แผนปฏิบัติการ				วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ที่สำคัญ สร้าง ความมั่นใจใน ความยั่งยืนของ การเปลี่ยนแปลงที่ สำคัญที่เป็นผลจาก แผนปฏิบัติการ
	- ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และ ไม่มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	0			บุคลากรตระหนักใน บทบาทและการมีส่วน ร่วมต่อการบรรลุ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติงาน	1			แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึงแผนที่ ระบุกิจกรรมเพื่อ ตอบสนองต่อ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียด ทรัพยากรที่ต้องใช้ใน ช่วงเวลาที่ต้องทำให้ สำเร็จ
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม ความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ	2			
	รวมคะแนน				

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 การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ			การดำเนินงานเช่น คำสั่งคณะกรรมการ/ แผนการใช้เงิน	ตรวจสอบ การเงิน การคลัง หมายถึง การควบคุมดูแล
	1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของ หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการเบิก จ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน การเงิน			งบประมาณ เงินบำรุง / การควบคุมการรับ จ่ายเงิน/การจัดทำบัญชี	การใช้จ่ายเงิน แผ่นดิน และของ หน่วยงานภาครัฐให้
	2. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงินบำรุง			เกณฑ์คงค้าง/การ	เป็นไปโดยถูกต้องมี
	3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง(404/407)			ควบคุมการใช้	วินัย คุ่มค่า โปร่งใส
	4. มีแผนการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างหรือ มีการบันทึกบัญชีผ่านโปรแกรมการเงินอื่นๆ ได้ถูกต้องและทันตามกำหนดเวลา			ใบเสร็จรับเงิน/ การสรุปผล/การจัดซื้อ	และสามารถ ตรวจสอบได้
	5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปผล การใช้ประจำปี			จัดจ้าง/ผลการ	โดยการวางกรอบ
	6. มีแผนการดำเนินการจัดซื้อ/จ้างเป็นปัจจุบัน			ตรวจสอบของ	หลักเกณฑ์กลางให้
7. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการ ตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง			คณะกรรมการ ตรวจสอบภายใน	หน่วยงานภาครัฐถือ ปฏิบัติ	

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/ กระบวนการที่สำคัญ

1.3.2 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. สภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร (รวม 7 คะแนน)	1.1 การปรับปรุงสภาพสิ่งแวดลอมภายนอกอาคาร	(4)		สังเกต และสำรวจ	สะอาด หมายถึงความสะอาดบริเวณสถานที่ มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย
	- บริเวณทั่วไปไม่สะอาด	0			
	- บริเวณทั่วไปสะอาด	3			
	- บริเวณทั่วไปสะอาดจัดเป็นสัดส่วนมีรั้วรอบขอบชิด	4			
	1.2 การจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ			สังเกต/ สอบถาม/ สำรวจ/ สัมภาษณ์	จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถของผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถมาจอดเพื่อรับส่งผู้ป่วยได้สะดวกและใกล้กับจุดที่กำหนดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
	1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน	(1)			
	- มี	1			
	- ไม่มี	0			
	1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับจอดรถผู้พิการ/ ผู้สูงอายุ	(2)			
	- ไม่มี	0			
- มีแต่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	1				
- มีและเป็นไปตามมาตรฐาน	2				
				จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถผู้พิการหมายถึง จุดที่จัดไว้สำหรับ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้สูงอายุ ต้องเป็นพื้นที่สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อยกว่า 2,400 มิลลิเมตร และยาวไม่น้อยกว่า 6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่าง ข้างที่จอดรถ กว้างไม่น้อยกว่า 1,000 มิลลิเมตร	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. สภาพแวดล้อม ภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการ ตามมาตรฐาน 5 ส	2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินงาน 5 ส	(2)		การสังเกตและ สัมภาษณ์	
	- ไม่มีการแบ่งพื้นที่และ ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ	0			
	- มีการแบ่งพื้นที่ และ กำหนดผู้รับผิดชอบ แต่ยังไม่ ครอบคลุมทุกพื้นที่	1			
	- มีการแบ่งพื้นที่และกำหนด ผู้รับผิดชอบได้ครอบคลุม ทุกพื้นที่	2			
	2.2 โต๊ะทำงาน	(3)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม	ป้าย ส สะดวก หมายถึง ป้าย อธิบายถึงลักษณะของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญเพิ่มหนังสือ ป้ายอุปกรณ์สำนักงาน เป็นต้น ถังขยะ หมายถึง ถังขยะทั่วไปที่ใส่ขยะแห้ง เท่านั้น ไม่ได้ประเมินร่วมกับ ถังขยะติดเชื้อที่ต้องประเมิน ตามมาตรฐาน IC
	- สะอาดและปราศจาก คราบสกปรก	1			
	- ป้ายชื่อระบุชื่อ สกุล ตำแหน่ง มีลักษณะเดียวกัน ทุกโต๊ะภายในห้องนั้น	1			
	- ไม่มีสิ่งของซุกใต้โต๊ะทำงาน	1			
	2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/ เครื่องพิมพ์	(4)			
	- สะอาด ปราศจากคราบ สกปรก	1			
- เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออก จากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่ ใช้ประกอบการทำงานให้ เรียบร้อย (ไม่มีเอกสารวางทิ้ง ไว้บนโต๊ะหลังเสร็จงาน)	1				
- สาย อุปกรณ์ต่อพ่วง คอมพิวเตอร์ต้องเก็บให้ปลอดภัย และเป็นระเบียบ	1				
	- มีการแยกประเภทของ	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. สภาพแวดล้อม ภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการ ตามมาตรฐาน 5 ส	กระจายพิมพ์งาน เพื่อความ สะดวก และประหยัด (มีป้าย 5 ส สะดวก)				
	2.4 ห้องทำงาน	(5)			
	- มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื่อ ห้องทุกห้อง	1			
	- สะอาดปราศจาก คราบสกปรก	1			
	- จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็น ระเบียบและมีป้ายบอกชัดเจน	1			
	- ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและ มีถุงพลาสติกรองรับ วางไว้ในที่ เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอกต้อง สะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมา นอกถัง	1			
	- อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่งของ สำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่องเย็บ กระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกา เขียนแผ่นใส คัตเตอร์ เป็นต้น ทำป้าย 5 ส สะดวก ให้ครอบคลุม และชัดเจน	1			
	2.5 ผู้เก็บเอกสาร	(3)			การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม
	- มีป้าย 5 ส สะดวก ติดไว้ให้ ชัดเจนเป็นระเบียบ สวยงามทุกตู้	1			
	- ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูง เกินมือเอื้อมถึง	1			
- ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหมากไย่	1				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม	
2. สภาพแวดล้อม ภายในอาคาร (รวม 22 คะแนน) การดำเนินการ ตามมาตรฐาน 5 ส	2.6 การเก็บเอกสาร	(2)				
	- เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงาน จะต้องเป็นเอกสารปีปัจจุบัน หรือหากมีเอกสารย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็นเอกสารที่มีความ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีไหนถึงปีไหน	1				
	- มีป้าย ส สะดวกให้ ครอบคลุมและชัดเจนเหมือนกัน ทุกแฟ้มจัดเก็บเป็นระเบียบ สวยงาม	1				
	2.7 โทรศัพท์	(2)		การสังเกต/ สัมภาษณ์/ สอบถาม		
	- มีหมายเลขโทรศัพท์ภายใน และภายนอกเพื่อความสะดวกใน การติดต่อ	1				
	- ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่น ละอองและหยากไย่	1				
	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	
	สะอาดพื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ				- พื้นห้องส้วมและบริเวณ ล้างมือต้องแห้ง หากพบว่า	
	- ไม่สะอาด	0				
	- สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น	1				
- สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสง สว่างเพียงพอ การระบาย อากาศดี	2					



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
3. ห้องส้วม (รวม 6 คะแนน)	- สะอาด พื้นแห้ง ไม่มีกลิ่น แสงสว่างเพียงพอ การระบาย อากาศดีและไม่มีกลิ่น	3			บางครั้งพื้นภายในห้องส้วม ไม่แห้ง แต่ถ้าพื้นไม่ลื่นและ ไม่มีน้ำขังถือว่าควรผ่าน การประเมิน ทั้งนี้ให้ขึ้นกับ ดุลพินิจของผู้ประเมิน ไม่มีกลิ่นเหม็น หมายถึง ไม่มีกลิ่นของอุจจาระและ ปัสสาวะและต้องไม่มีกลิ่น เหม็นขณะรดน้ำหรือกด ชักโครก
	3.2 มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ	(3)			มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ต้องมีองค์ประกอบครบ 5 ชั้น ดังนี้
	- ไม่มี	0			1. โถส้วมนั่งราบแบบชักโครก
	- มี/ไม่สะอาด	1			2. ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร
	- มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่มีกลิ่น ไม่มีกลิ่น	2			3. มีอ่างล้างมือ
- มี /สะอาด พื้นแห้ง ไม่มีกลิ่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้ บริการ	3			4. มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วม ผู้พิการ 5. มีราวเหล็กจับพยุงตัว	
4. บริการ (รวม 12 คะแนน)	4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจ ตามลำดับก่อน-หลังหรือตาม ความรุนแรงของโรค	(3)		การสังเกตและ การสัมภาษณ์	มีเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ใน การออกบัตรคิว
	- ไม่มี	0			
	- มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน	1			
	- มีระบบคิวชัดเจนแต่ ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
4. บริการ (รวม 12 คะแนน)	- 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			
	4.3 จัดให้มีทีวี วิทยุทัศน์ และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง	(3)		การสังเกตและการสัมภาษณ์	ความปลอดภัย หมายถึง อุปกรณ์ทำน้ำร้อน น้ำเย็น ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบอันตรายต่อร่างกาย เช่น ไฟรั่ว เป็นต้น
	- ไม่มี	0			ภาชนะใส่น้ำดื่มถูกหลักสุขาภิบาลพร้อมใช้
	- มีแต่ไม่มีการเผยแพร่	1			
	- มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	2			
- มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP/OTOP	3				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
3. ห้องส้วม (รวม 6 คะแนน)	4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องดื่มสมุนไพร ในช่วง เวลาเปิดให้บริการ	(3)			
	- ไม่มี	0			
	- มีเฉพาะน้ำเย็น	1			
	- มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น	2			
	- มีน้ำร้อน น้ำเย็น และ เครื่องดื่มสมุนไพรเพิ่มเติม และ มีความปลอดภัย	3			
รวมคะแนน					

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/ กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

1.3.3.1 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร (รวม 4 คะแนน)	1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก CUP จัดระบบสนับสนุนให้	*กรณี รพ.สต.ถูกถ่ายไม่มี RN ให้ รพ.สต. แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้
	1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.	1		หน่วยบริการปฐมภูมิ และ	* กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบใน รพ.สต.
	1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (อย่างน้อย 1 วัน)	0.6		เครือข่ายมีการจัดระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	อนุโลมให้เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล โดยขอให้มีคำสั่งแต่งตั้งว่าเป็นผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีให้ 0
	1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับการอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรใน รพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึดตามปีปฏิทิน)	0.4			- หลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้เช่นหนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เนื้อหาในการอบรม - คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1. การออกแบบระบบและการจัดการทรัพยากร (รวม 4 คะแนน)	1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	(2)		คู่มือแนวทางคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและคู่มือการกำกับติดตามการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ตามบริบทของพื้นที่	-คู่มือจัดทำในรูปแบบของคณะกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภาพรวมของ CUP นั้นๆและจัดทำภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน - การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การจัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตามการติดเชื้อ หรือเรื่องที่สอดคล้องกับ ODOP/OTOP
	1.2.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน	1			คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี
	1.2.2 มีข้อ 1.1.3 และสุ่มสอบถามเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือได้อย่างถูกต้อง	1			
2. การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)	2.1ระบบการเฝ้าระวัง	(1.5)		- สอบถามและตรวจดูรายงานการเฝ้าระวังและแนวทางการแก้ไขปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP/OTOP และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามบริบทของ รพ.สต. นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อทั้งใน รพ.สต. และในชุมชน
	2.1.1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	0.5		ไม่เน้นรูปแบบการบันทึกแต่สามารถตอบการสื่อสารกันได้	
	2.1.2 มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	1			
	2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี	(1.5)			
	2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี แต่ไม่ครบ 100%	0.25			
	2.2.2 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี ครบ 100%	0.5			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)	2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การตรวจ สุขภาพ	0.25		- ดูผลการตรวจ สุขภาพประจำปี ของเจ้าหน้าที่ เฉพาะราย	<u>การตรวจสุขภาพประจำปี</u> <u>หมายถึง</u> กิจกรรมการตรวจ ประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับ การตรวจยังไม่มีอาการ ผิดปกติ ยังอยู่ในภาวะที่ ร่างกายยังปกติ และผู้ป่วย ู้สึกว่าร่างกายยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการตรวจ ที่ประกอบด้วย การ สัมภาษณ์/สอบถามประวัติ <u>อาการ และประวัติทาง</u> <u>การแพทย์ต่างๆ การตรวจ</u> <u>ร่างกายโดยละเอียด การ</u> <u>ตรวจทางห้องปฏิบัติการที่</u> <u>จำเป็น การให้วัคซีนป้องกัน</u> <u>โรคตามคำแนะนำของ</u> <u>กระทรวงสาธารณสุข และ</u> <u>การให้คำปรึกษาสุขภาพที่</u> <u>สอดคล้องกับสถานะของผู้รับ</u> <u>การตรวจแต่ละราย</u> <u>การวิเคราะห์การตรวจ</u> <u>สุขภาพ หมายถึง การ</u> <u>วิเคราะห์จากผลการตรวจ</u> <u>สุขภาพประจำปีแล้วแบ่งกลุ่ม</u> <u>เป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง</u> <u>กลุ่มป่วย</u>
	2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากร กลุ่มเสี่ยง	0.25			
	2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแล รักษา และปรับเปลี่ยนงานตาม ความเหมาะสม	0.25		- ดูแผนการตรวจ สุขภาพ - ผลการตรวจ สุขภาพ - แผนการดูแล บุคลากรกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ป่วย	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)	2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	1		ประเมินจากรอบปีปฏิทินมีทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และรายงานการฉีดวัคซีนตามการระบาดของโรคในพื้นที่ (ให้กระตุ้นตามความเหมาะสม เช่น คอตีบ) หรือ - การสอบถามเจ้าหน้าที่ หรือ - สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี	การฉีดวัคซีนที่จำเป็น หมายถึงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีนที่ป้องกันกันโรคระบาดตามการระบาดของของแต่ละพื้นที่
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวงน้อยกว่าร้อยละ 80	0			
	2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ 80 ขึ้นไป	1			
	2.4 แนวทางการปฏิบัติ	2		คูโปสเตอร์/ป้ายแนวทางปฏิบัติ - สุ่มถามบุคลากร 1 คน - ขอดูรายงานการเกิดอุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุไม่เน้นรูปแบบเอาตามแนวทางที่ CUP กำหนด - กรณีที่ไม่ได้รับอุบัติเหตุ	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มที่แทง เช่น ไขมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่ง กระเด็นเข้าตา จมูกหรือผิวหนังสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน โดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ในพื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน	0.5			
	2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	0.5			
2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)	2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอน การทำความสะอาดมือ	(2)		สังเกตป้ายแสดง ขั้นตอนการล้าง มือส่วนบุคคล 1 คน ตอบคำถาม และสาธิตการ ล้างมือได้ถูกต้อง ไม่เน้นว่าเป็น พยาบาล	<p>การทำความสะอาดมือ หมายถึง การขจัดจุลินทรีย์รวมทั้ง ช่องลายนิ้วมือด้วยสบู่หรือ สารเคมีและน้ำ แล้วล้างออก ให้สะอาด เป็นวิธีการที่มี ประสิทธิภาพสูงสุด และ คุ้มค่าที่สุดในการควบคุม โรคติดเชื้อ การล้างมืออย่าง ถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ดมือ ที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลด การติดเชื้อในได้ การล้างมือ อย่างถูกต้องเหมาะสมจะ สามารถลดการติดเชื้อใน โรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นพยาบาลและบุคลากร ทางด้านสุขภาพ จึงควรมี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การล้างมืออย่างถูกวิธี มี ความตระหนัก และเห็น ความสำคัญของการล้างมือ รวมทั้งมีพฤติกรรม การล้างมืออย่างถูกต้องและ เหมาะสมจะสามารถช่วย ป้องกันการติดเชื้อและแพร่ กระจายเชื้อ</p>
	2.5.1 มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์ แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมีอุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือเพียงพอพร้อมใช้	1			
	2.5.2 มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำ ความสะอาดมือได้ถูกต้อง	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)	2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	(2)		- สังเกตภาพหรือ ป้ายแสดงขั้นตอน การสวมและถอด อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล	อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวม ลงบนอวัยวะส่วนใดส่วน หนึ่งของร่างกายหรือหลาย ส่วนรวมกัน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน อันตรายให้แก่อวัยวะ ส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบ อันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือ เป็นการป้องกันอันตรายจาก สภาวะแวดล้อมในการทำงาน
	2.6.1 มีการสื่อสารการใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมี อุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ตาม บริบทของพื้นที่	1		- สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิต และตอบคำถาม การใช้ PPE	
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถ ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม	1			
	2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต.	(2)		- สุ่มถาม	การจัดแบ่งพื้นที่ใน รพ.สต. หมายถึง การแบ่งพื้นที่ใน การให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่ สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ใน การให้บริการเฉพาะผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย เชื้อใน รพ.สต. เช่น ผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น
	2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการ จัดการพื้นที่ เขตสะอาดและ เขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ	0.5		- ตรวจสอบ สถานที่จริง - ป้ายสื่อสาร การปฏิบัติกรณี โรคติดต่อที่ต้อง แยกพื้นที่เช่น โรควัณโรค, ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น	
	2.7.2 บุคลากรทราบแนวทางการ จัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย โรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อ การแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต.	0.5			
2.7.3 มีข้อ 2.7.1 และ 2.7.2 และ มีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและ เขตปนเปื้อน ใน รพ.สต. เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	1				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)	2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก อุปกรณ์ และ เครื่องมือสะอาด ปราศจากเชื้อ พร้อมใช้งาน	การควบคุมคุณภาพทางด้าน ชีวภาพ หมายถึง การทำ Spore test
	2.8.1 บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และการควบคุมคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 ด้าน	1			
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง	0.20			
	2.8.3 มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ในการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ set พื้นฐาน เช่น set suture, set กลอด, 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			
	2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ	0.20			
				สังเกต/สัมภาษณ์ /สอบถามกรณี ห่ออุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ ชำรุด หรือ ไม่ พร้อมใช้ตัด 0.2 คะแนน	การทำให้ปราศจากเชื้อ หมายถึงกระบวนการ ในการทำลายหรือขจัด เชื้อจุลชีพทุกชนิด รวมทั้ง สปอร์ของเชื้อแบคทีเรีย จากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแส

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
2. การดำเนินงาน (รวมคะแนน 15 คะแนน)					โลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ฉีดเข้าเส้นอุพกรณที่ใช้น การวินิจฉัยโรค ซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของร่างกายในระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องท้องจะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ
	2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	(2)		กลุ่มมูลฝอยในถัง	“มูลฝอยติดเชื้อ”
	2.9.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.สต.	1		มูลฝอยติดเชื้อ - สอบถาม/	หมายความว่า มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคใดกรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์ รวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว
	2.9.2 การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่/ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถป้องกันสัตว์แมลงก๊วยเปียได้	0.25		สังเกต เช่นกรณีไม่มีรถขนมูลฝอยติดเชื้อ	
	2.9.3 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วยที่นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลถูกต้อง	0.25		โดยเฉพาะแต่ต้องใช้รถคันเดียวกันขนมูลฝอยทั่วไป	
	2.9.4 การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปทำลายนอก รพ.สต. โดยรถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น *กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะขันดำ ต้องมีกล่องหรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อคฝาได้ ใช้ส่งมูลฝอยติดเชื้อ	0.25			
2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียสหรือนำส่งให้หน่วยงาน/ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้มาตรฐาน	0.25				



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.)
2. ที่อยู่	ขนาด รพ.สต. () เล็ก () กลาง () ใหญ่ () รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด รพ.สต. () เล็ก () กลาง () ใหญ่ () ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ.
3. เขตสุขภาพที่.....	() รพศ. (ระบุชื่อ รพ.).....
4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)	() รพท. (ระบุชื่อ รพ.).....
5. สังกัด () สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) () กรม (ระบุ) () อื่นๆ (ระบุ)	() ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) () ศูนย์บริการสาธารณสุข () สถานบริการสาธารณสุขชุมชน () 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 ฯลฯ จำนวน 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 ระบุคะแนน ตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใ้ ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2 คะแนน)	(1 คะแนน)	(0 คะแนน)	
1. บุคลากร ☆						
1	<p>1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จาก รพ. พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน รพ.สต. ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม <p>1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยงโดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน 	3	ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการอบรม/สอน

2	<p>1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> • คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน 	1	มี		ไม่มี	มี หลักฐาน ระบุ ชัดเจน
3	<p>1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง.วิทย์ฯ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้ 	1	มีพร้อม บันทึก การขอรับ คำปรึกษา		ไม่มี	มี หลักฐาน ระบุ ชัดเจน
2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน						
4	<p>2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นส่วนที่ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ 	1	แยกเป็น สัดส่วน		ไม่เป็นที่ เป็นทาง	ดู, สังเกต, ถาม
5	<p>2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์ห้อย่างเหมาะสม</p> <ul style="list-style-type: none"> • พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรงจับโยกไม่ได้ 	1	Hct Cent วางที่มั่นคง สะดวกใช้ งาน	มั่นคงแต่มี ความชื้น แตกส่อง	ไม่มั่นคง	ดู, สังเกต, ถาม, ลอง ขยับ

3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ ☆						
3.1 วัสดุ น้ำยา						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (จ)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
6	3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดน้ำยาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> ในกรณี รพ.สต. มีการจัดซื้อวัสดุเองขอชุดระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกันกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง 	2	มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่าย	หลักฐานการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย	คู เอกสาร, สังกศต, ถาม
7	3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา 	1	มีระบุ ไม่หมดอายุ	มีไม่ทุกชิ้น	ไม่มี	คู, สังกศต, ถาม
3.2 เครื่องมือทดสอบ						
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญเช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับบริษัทจำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน 	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	คู เอกสาร, สังกศต, 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	คู เอกสาร, สังกศต, ถาม

3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
10	<p>3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ 	3	มีครบ	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มี	คู่มือเอกสาร, สังกะสี, ถาด
	<ul style="list-style-type: none"> นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือนตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) 	3	มีและสอบเทียบ มีหลักฐานแสดง	มีไม่สอบเทียบ	ไม่มีหลักฐานแสดง	หีบคู่มือทดสอบ สังกะสี, ถาด คู่มือเอกสาร หรือ sticker แสดง
3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว						
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หีบคู่มือ, สังกะสี, ถาด
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หีบคู่มือ, สังกะสี, ถาด

3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ						
13	3.4.1 มีแถบวัด Sugar, Protein ในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้น้ำพิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือหมดอายุ	หยิบดู, สังเกต, ถาม
3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)						
14	3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุและมีการใช้น้ำพิกาจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยิบดู, สังเกต, ถาม
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง, ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> • ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีที่ไม่มีฝาไม่หกดแน่นแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไข 	1	มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือมีไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยิบดู ถาม
3.6. การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)						
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัด ไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	1	มี ใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์	หยิบดู ถาม
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (จ)			หลักฐาน
			มีครบ (2คะแนน)	มีบางส่วน (1คะแนน)	ไม่มี (0คะแนน)	
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/ฟิวส์/มิแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้ฟิวส์ให้มีฟิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง <ul style="list-style-type: none"> • เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีฟิวส์ ให้มีฟิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้เพียงสำรองแปรงถ่าน 	1	มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีตรวจสอบ	ดู เอกสาร, สังเกต, ถาม

18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> capillary tube สำหรับใช้ตรวจ Hct ต้องไม่หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน) 	1	มีและไม่มีหมดอายุ		ไม่มี	หยิบดู ถาม
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ป็นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริง 	1	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมี แต่ใช้งานไม่ได้	หยิบดู ถาม
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็น lancet หรือเข็มเฉพาะเจาะปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว	หยิบดู ถาม
21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ	ไม่มี	ดู เอกสาร หรือ sticker สอบ เทียบ สังเกต ถาม
4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ						
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิด ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้ 	2	มีคู่มือ		ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม

23	<p>4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี) อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> • กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจ โดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สั่งเอง ตรวจสอบ ไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ 	1	มี รายละเอียด ครบ	มีแต่ไม่มี รายละเอียด ที่ไม่สำคัญ	ไม่มีหรือมี แต่ไม่มี รายละเอียด ครบตามที่ ระบุ	หยิบดู ถาม
----	--	---	-------------------------	---	--	---------------

4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)

ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ (2คะแนน)	มีบางส่วน (1คะแนน)	ไม่มี (0คะแนน)	
			24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	
25	4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง	1	มี รายละเอียด ครบ	มีแต่ รายละเอียด ไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดู ถาม

5. ขั้นตอนการทดสอบ ☆						
26	<p>5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บสิ่งส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ 	2	มีครบทุกการทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หยิบดูตรวจสอบถาม
27	<p>5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด</p> <ul style="list-style-type: none"> บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจวิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้สาธิต 	2	ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้อง		ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง	ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอนสังเกต,ถาม
6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆						
28	<p>6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> ควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อบันทึกการตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วย ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือด ทำ IQC 	3	ทำ IQC ทุกการทดสอบ ความถี่เดือนละ 1 ครั้ง	ทำไม่ครบหรือครบทุกการทดสอบ แต่หรือไม่ได้ตามกำหนด	ไม่มีการทำ IQC เลย	ดู ,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน

6. การประกันคุณภาพการทดสอบ (ต่อ) ☆						
ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)	
29	6.2 ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือ เปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ 	2	ทำEQAหรือ Lab comparisons ทุกการทดสอบ	มีแต่ทำไม่ครบทุกการทดสอบ	ไม่มีการทำเลย	ดู,สังเกต, ถาม ดูหลักฐาน
30	6.3 กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผล ดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ 	1	มีการหาสาเหตุ แก้ไขและป้องกัน	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีการดำเนินการ	ขอ ดู บันทึกการดำเนินการ
7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย						
31	ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง					
	7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการมีป้ายฆ่าเชื้อโรค	1	มีการทำลายตัวอย่าง ถูกต้อง มีการใช้		ไม่มีแนวทางหรือทำไม่ถูกต้อง	ถาม ให้ อธิบาย สังเกต หลักฐาน แวดล้อม



	7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มที่มตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น	1	มีคู่มือหรือ WI		ไม่มี	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
8. การรายงานผลการทดสอบ						
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี	
			(2 คะแนน)	(1 คะแนน)	(0 คะแนน)	
32	8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำกรทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและ โปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมดยอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คน ช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนน ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ของ รพ.สต. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย 	2	มีทะเบียนหรือเอกสารที่ตรวจสอบผลหรือรายงานได้	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานแสดง	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
33	8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมากรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้ 	2	ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน	มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน	ไม่มีใบรายงานผล	ถามหาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง



34	8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด ● เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 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.....
วันที่ให้ข้อมูล1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน
ตำแหน่ง.....

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและที่เลี้ยง

1. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้นการคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
2. แนวทางการทำ IQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ.ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC ส่งผลให้นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
4. การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรืออาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคู่ไปด้วยก็ได้
5. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUPเป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
6. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
 - 6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
 - 6.2 การเบิกวัสดุใช้งาน ไม่เกิน 3 เดือน
 - 6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล
 - 6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมีIce pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ
 - 6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
 - 6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
 - 6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

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



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

1.3.3.3 เกณฑ์กรรม/ คຸ້ມครองผู้บริ โภคด้านสุขภาพ (คบส.)

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
1	บุคลากร (2 คะแนน) - มีเกณฑ์รับผิดชอบในการพัฒนา งานบริการแก่ชุมชนอย่างน้อย 1 คน	- มีคำสั่งแต่งตั้ง และ - มีแผนการ ปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง อย่าง น้อย ปีละ 4 ครั้ง	- มีคำสั่งแต่งตั้ง - มีแผน การปฏิบัติการ และ ปฏิบัติงานจริง อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (อย่างน้อยหนึ่ง)	-ไม่มีคำสั่ง แผนการ ปฏิบัติการ และ ไม่มีการออก ปฏิบัติงานจริง		- มีคำสั่งแต่งตั้ง - มีแผนกาปฏิบัติการ - สมุดเยี่ยม หรือผล ปฏิบัติงาน หรือ เอกสารอื่นๆ ฯลฯ	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
2	<p>คลังยาและเวชภัณฑ์ (16คะแนน)</p> <p>2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการสูญหาย (มีกุญแจ 2 ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)</p> <p>2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกันแสงแดดและความชื้น สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ประตูมีกุญแจถือคนละ 2 ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอก และมีคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละ 1 ดอกมาพร้อมกัน) - มีการบันทึก อุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือน นับแต่วันตรวจ - ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30°C ความชื้นไม่เกิน 70%) - คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประตูมีกุญแจถือคนละ 2 ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก) - มีการบันทึก อุณหภูมิและความชื้นแต่ไม่เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือน นับแต่วันตรวจ - มีการบันทึก อุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ไม่ผ่านเกณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประตูมีกุญแจถือคน 1 ชั้นหรือ กรณีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ.สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มีเหล็กตัด - ยาถูกแสงแดด - ไม่มีการบันทึก อุณหภูมิและความชื้น - คลังยาไม่สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ 		<ul style="list-style-type: none"> - ประตูมีกุญแจถือคน 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอก - ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด - เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น - แบบบันทึก อุณหภูมิและความชื้น (กรณี PCU รพ. ประเมินที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.) 	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์บนพื้น โดยตรง	- ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้น โดยตรง - มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	- ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้น โดยตรง - มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	- พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้น โดยตรง - ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ		- ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้น โดยตรง - มีป้ายชื่อยาทุกรายการ	
	2.4 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card) และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุมคลังยา	- สุ่ม stock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ - มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่สอดคล้องกับ stock card	- สุ่ม stock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ - มีใบเบิกยาจากคลังยา (อย่างไรอย่างหนึ่ง)	- สุ่ม stock 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)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ	-ไม่มีขาด stock ในคลังยาหรือจุดจ่ายยา	- ขาด stock ไม่เกิน 2 รายการ	-ขาด stock เกิน 2 รายการ		-คู่มือรพ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการหรือจุดจ่ายยา	- ยาปฏิชีวนะ - ยาโรคเรื้อรัง (ถ้ามี) - และยา Life saving drug
	2.6 ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยาเลียมสภาพหรือหมดอายุทั้งในคลังยาและจุดบริการผู้ป่วย	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยาเลียมสภาพหรือหมดอายุ และระบุวันเปิด วันหมดอายุ - มีการจัดเรียงยาแบบ <u>first expired first use</u>	-ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยาเลียมสภาพหรือหมดอายุ	-พบยาหรือเวชภัณฑ์ที่มีไซยาเลียมสภาพหรือหมดอายุ		-คู่มือวันหมดอายุและลักษณะภายนอกของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไซยาเลียม (คู่มือ 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ เวชภัณฑ์ที่มีไซยาเลียม 3 รายการ)	ยา multiple dose และ ยา pre-pack (ยาฉีด multiple dose 1 เดือนหลังเปิดน้ำเกลือล้างแผล 24 ชม. ยากระปุกและยา pre-pack 1 ปี)
	2.7 ตู้เย็นเก็บยา	ครบทั้ง 7 ข้อ	ไม่ครบทุกข้อ	ไม่มีข้อ 1, 3, 6		- ตรวจสอบจาก	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	<p>2.8 ตู้เย็นเก็บวัคซีน</p> <p><u>หัวข้อการประเมิน</u></p> <ol style="list-style-type: none">อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 °C และ อุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง -15 ถึง -25 °C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน)การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการบันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบันเทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบ และไม่หมดอายุเก็บยาและวัคซีนเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่มีอาหารและเครื่องดื่มฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือหรือปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ		แต่ต้องมีข้อ 1, 3, 6			เทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
3	งานบริการเภสัชกรรม (10 คะแนน) 3.1 มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ โดยมียาช่วยชีวิตและมีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิตได้แก่ 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	- มีบัญชีรายการยา รพ.สต. เป็นเอกสาร หรือ ไฟล์ ที่จัดทำต่างหากจากแผนจัดซื้อยา - ไม่มีรายการยา NEDหรือ มีแต่ได้รับการอนุมัติจากผู้ตรวจราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขออนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว) - มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต	- มีบัญชีรายการยา รพ.สต. - มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. หรือมีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	- ไม่มีทุกข้อ		- บัญชีรายการยา รพ.สต. และยาช่วยชีวิต - คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ การจัดยา และส่งมอบยา มีความรู้ ด้านยา (โรงพยาบาลมีการจัดอบรม ความรู้ด้านยาให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	- มีการจัดอบรม เรื่องยาโดยเภสัชกร โรงพยาบาลอย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ ยาใน รพ.สต.และคู่มือ การใช้ยาช่วยชีวิต	- มีการจัดอบรม เรื่องยาโดยเภสัช กร โรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง - มีคู่มือ/สื่อการใช้ ยาในรพ.สต. - มีคู่มือการใช้ยา ช่วยชีวิต(อย่างไร อย่างหนึ่ง)	-ไม่มีทุกข้อ		- มีแผนการอบรม - มีหลักฐานผ่านการ อบรม เช่น หนังสือ เชิญอบรม - คู่มือการใช้ยาที่ จำเป็น หรือสื่ออื่นๆ นอกเหนือจากยา ช่วยชีวิต (อาจเป็น คู่มือฯ ของรพ. หรือ จังหวัดก็ได้)	
	3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.	- มีฐานข้อมูลผู้ป่วย แพ้ยา - มีการบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยแพ้ยา โดย การติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder - มีแนวทางหรือ การออกบัตรแพ้ยา	- มีฐานข้อมูล ผู้ป่วยแพ้ยา - มีการบันทึก ข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา โดยการติด สติ๊กเกอร์ หรือ วิธีการอื่นใด ใน family folder -มีแนวทางหรือ	ไม่มีทั้ง 3 ข้อ		- ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ ยาในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มี <u>แนวทางการส่ง ต่อผู้ป่วยกรณีแพ้ยา</u>	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
		<u>เบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วย</u> <u>ไปประเมินแพทย์ต่อ</u> <u>ที่โรงพยาบาลโดย</u> <u>เภสัชกร</u>	<u>การออกบัตรแพทย์</u> <u>เบื้องต้นให้แก่</u> <u>ผู้ป่วยไปประเมิน</u> <u>แพทย์ต่อที่</u> <u>โรงพยาบาลโดย</u> <u>เภสัชกร</u> <u>(อย่างไรอย่าง</u> <u>หนึ่ง)</u>				
	3.4 ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวัง ในการใช้ยา, มีการระบุวันหมดอายุ ในซองยาแบ่งบรรจุ (Pre-pack)	- มีข้อมูลครบถ้วน	- มีข้อมูล แต่ไม่ครบถ้วน	- ไม่มีข้อมูล รายละเอียดของยาที่ส่งมอบ		- ซองยา, ฉลากยา - สาริตการจ่ายยาให้ดู	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องปลอดภัย ได้แก่ฉลากช่วยสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODO/OTOP	- มีฉลากช่วยในการใช้ยา - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย	- มีฉลากช่วยในการใช้หรือสื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 ข้อ		- ฉลากช่วยเช่นการใช้ยาหยอดตา การใช้ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้งสำหรับเด็ก - สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODO/OTOP	
4	งานคุ้มครองผู้บริโภค (16คะแนน) 4.1 มีการจัดทำฐานข้อมูลร้านค้าแผงลอย, จำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.),อาหารปรุงจำหน่าย (CFGF), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด,เครื่องสำอางสำหรับฝ้า ผิวขาว, ยา(ร้านขายของชำ) และสถานีวิทย์ในชุมชน ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	- มีการจัดทำฐานข้อมูลครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน (ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง)	- มีการจัดทำฐานข้อมูลจัดทำฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง) (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	- ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล		- ทะเบียนสรุปข้อมูลคบส. ของ รพ.สต. แยกรายหมู่บ้าน	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	<p>4.2 มีการดำเนินการตรวจสอบฝ้า ระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ยา และเครื่องสำอาง ในร้านค้า ตลาด สด แผงลอยในชุมชน</p> <p><u>ประเด็นการตรวจสอบฝ้าระวัง</u></p> <ul style="list-style-type: none">- อาหาร (ฉลาก, อย., ที่ตั้ง , ผู้ผลิต, วันผลิต, วันหมด-อายุ, ด้าน กายภาพ,บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา)- ยาที่ห้ามขาย ได้แก่ ยาส เตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีด ยาโรครีแอร์รั้ง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุด ถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัด ไอ สำหรับเด็ก- เครื่องสำอาง -เครื่องสำอางที่ ห้ามจำหน่าย 34 รายการที่ อย. ห้าม จำหน่าย ไม่ต้องดู lot ถ้าพบยี่ห้อนั้น ห้ามจำหน่าย)	<ul style="list-style-type: none">- มีการดำเนินการ ตรวจสอบ ฝ้าระวังครบทุก ประเภท และเป็น ปัจจุบัน- มีการแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 1 ประเด็น ปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำ ประชาคม<u>จัดอบรม</u>	<ul style="list-style-type: none">- มีการดำเนินการ ตรวจสอบ ฝ้าระวังครบทุก ประเภท และเป็น ปัจจุบัน- มีการแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำ ประชาคม (อย่างใดอย่างหนึ่ง)	ไม่มีทั้ง 2 อย่าง		- สรุปผล การดำเนินงาน/ บันทึกการดำเนินงาน	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	- เครื่องสำอางที่พบ สารห้ามใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot) - ฉลากเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลาก ภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก						
4.3	ร้านค้า ร้านอาหาร ไม่พบผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ผิดกฎหมาย	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิด กฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน	-ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิด กฎหมาย 1 ร้าน	- พบผลิตภัณฑ์ผิด กฎหมายทั้ง 2 ร้าน		- สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึก การสุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย	
4.4	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านอาหาร มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านอาหาร มีองค์ความรู้ ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านอาหาร มีองค์ความรู้ ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อ จำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน	ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านอาหาร ไม่มีองค์ ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพทั้ง 2 ร้าน		- ผู้จำหน่ายร้านค้ามี ความรู้เกี่ยวกับฉลาก อาหาร (1) ดู อย. (2) ดูวันผลิต วัน หมดอายุได้ (3). ทราบรายการยา ที่ห้ามขายในร้านค้า ตามข้อ 4.2	รายละเอียดตาม แบบบันทึก การสุ่มตรวจ ร้านค้า แนบท้าย



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	4.5 มีการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร) ในสถานีวิทย์ ป้ายโฆษณา รถเร่	- มีการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานีวิทย์ กรณีไม่มีสถานีวิทย์ ให้เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเร่ และสรุปผล/ <u>บันทึก/หลักฐาน</u> การดำเนินงาน ให้อำเภอทราบ	- มีการดำเนินงานเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปผล/ <u>บันทึก/หลักฐาน</u> การดำเนินงานให้ <u>รพ. หรือ สสอ. ทราบ</u> พบเพียง <u>หลักฐานใน รพ.สต.</u>	-ไม่มีการดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผน		-สรุปผลหรือบันทึก/ <u>หลักฐานการดำเนินงาน</u> - แผ่นป้ายโฆษณาในชุมชน	สอบถามข้อมูลจากชุมชนเพื่อยืนยัน
	4.6 ร้านค้า ตลาด ที่ หรือทางสาธารณะไม่พบการปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่มีการแจ้งข้อมูลให้ <u>รพ./สสอ. หรือ</u> <u>ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน</u> <u>ทราบ</u>	พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่ไม่มีการแจ้งข้อมูลให้ <u>รพ./สสอ. หรือ</u> <u>ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน</u> <u>ทราบ</u>		- สํารวจแผ่นป้ายโฆษณาที่ร้านค้า ตลาดที่หรือทาง สาธารณะ	



หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดี (2 คะแนน)	พอใช้ (1 คะแนน)	ปรับปรุง (0 คะแนน)	คะแนน ที่ได้	หลักฐาน/ แหล่งข้อมูล	หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ
	4.7 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริหาร ได้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/ นักเรียน อย.น้อย	- มีการจัดอบรมให้แก่ กลุ่ม อสม., ครู/ นักเรียน อย.น้อย ทั้ง 2 กลุ่ม	-มีการจัดอบรม ให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงาน หรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริหาร อสม. ครู นักเรียน อย. น้อย(ถ้ามี)	<u>พิจารณา</u> <u>หลักฐานตั้งแต่</u> <u>ตุลาคม 2559 ถึง</u> <u>ปัจจุบัน</u>
	4.8 อสม. ครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่	- มีโครงการหรือ กิจกรรม เชิงรุก แก้ไข ปัญหาการคุ้มครอง ผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. และ ครู นักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการ ดำเนินการทุกกลุ่ม	- มีโครงการหรือ กิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหา การคุ้มครอง ผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. หรือ ครู นักเรียน อย.น้อย จำนวน 1 กลุ่ม มีส่วนร่วมใน การดำเนินการ	-ไม่มีการดำเนินการ		-แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงาน หรือ หลักฐานการดำเนิน - สัมภาษณ์ผู้บริหาร อสม. ครู นักเรียน อย. น้อย(ถ้ามี)	<u>พิจารณา</u> <u>หลักฐานตั้งแต่</u> <u>ตุลาคม 2559ถึง</u> <u>ปัจจุบัน</u>

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) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการ โดยสุ่มข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2559-สิ้นเดือน ก่อนการประเมิน)และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง visit ของ JHICS หรือตาราง 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	3 2	

ประเด็น	การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
	2. มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือข้อมูลประกอบการตรวจสอบข้อมูล - 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. และพร้อมใช้งานทั้งคอมพิวเตอร์ 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	

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
<p>3. มีการสำรองฐานข้อมูลตาม โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต.</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน - มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน 	5	
<p>4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมือมีปัญหา</p> <p>4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี = 0 คะแนน - มี 1 คะแนน <p>4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสที่ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้น ระบบปฏิบัติการ Linux</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี = 0 คะแนน - มี 1 คะแนน <p>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี = 0 คะแนน - มี 1 คะแนน 	3	
<p>5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน - มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 2 คะแนน 	2	
<p>6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีระบบ = 0 คะแนน - มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 2 คะแนน 	2	
รวม	20	

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<p>1. มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) - กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี) - กลุ่มวัยรุ่น (15 – 21 ปี) - กลุ่มวัยทำงาน (21 – 59 ปี) - กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) <p>มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 1 – 2 กลุ่มวัย = 3 คะแนน มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 3 – 5 กลุ่มวัย = 5 คะแนน</p>	5	
<p>2. มีแผนงาน โครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพตามการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงาน โครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 2 ลำดับปัญหา = 3 คะแนน - มีแผนงาน โครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 3 - 5 ลำดับปัญหา = 5 คะแนน 	5	
<p>3. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการสรุปแผนงาน โครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 2 โครงการ = 3 คะแนน - มีการสรุปแผนงาน โครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 3 - 5 โครงการ = 5 คะแนน 	5	
<p>4. มีการทบทวนและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของการดำเนินงาน โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 3 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 71 - 80 = 4 คะแนน - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 81 ขึ้นไป = 5 คะแนน 	5	
รวม	20	

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
หมวด 2 การให้ ความสำคัญ กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ	(2)		สัมภาระ กระบวนการ ได้มา ซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) วิธีการค้นหาปัญหา และความต้องการ ของชุมชน/ การบันทึกประเด็น ปัญหา	ODOP (One District One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของ พื้นที่ ที่เป็นปัญหาหารือและ มีการแก้ไขปัญหาทุกภาค ส่วนคำว่า One District One Project ถูกนำมาใช้เป็น ตัวกระตุ้น (trigger) เพื่อให้ เกิดการดำเนินงานร่วมกันของ ภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำ ได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยการมีส่วน ร่วมของภาคีเครือข่าย สุขภาพระดับอำเภอและ นำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ ระดับอื่นๆและประเด็น ปัญหาสุขภาพอื่นๆ	
	ทราบความต้องการของประชาชน และ ผู้รับบริการ (Health Need) ประเด็น ปัญหาหรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้อง ได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่ง ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีการนำฐานข้อมูลมา จัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนอง ต่อปัญหาและความต้องการ	0				OTOP (One Tambol One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของ พื้นที่ตำบลนั้นๆ ที่เป็น ปัญหาหารือและมีการแก้ไข ปัญหาหารือกันทุกภาคส่วน
	- ไม่มีการค้นหาความต้องการของ ประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหา ของชุมชน (ODOP/OTOP)	1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ ความสำคัญ กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีฐานข้อมูลประชากร กลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	2			- มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็น ODOP/OTOP อย่างน้อย 1 เรื่อง
	2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย	(2)		บันทึกการประชุม คปสอ.	“การประสานงาน” หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงาน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นหนึ่งเดียวกันเพื่อลดความขัดแย้งในการทำงาน ดำเนินไปด้วยความราบรื่นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกันหรือการติดต่อสื่อสารให้เกิดความคิด ความเข้าใจตรงกันในการร่วมมือปฏิบัติงานให้สอดคล้อง ทั้งเวลา และกิจกรรมที่จะต้องกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพเพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความราบรื่น
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร				
	ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย	0			
- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร	1				
ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม					
- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
<p>หมวด 2</p> <p>การให้ ความสำคัญ กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย</p>	<p>ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม</p>				
	<p>2.3 ประสานงานภายนอก และภาคี เครือข่าย</p>	(2)			
	<p>มีการจัดช่องทางการติดต่อ ประสานงานกับภายนอกและภาคี เครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุข นอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากร สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็น รูปธรรม</p>				
	<p>- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับ ภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถาน บริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ</p>	0			
<p>- มีการจัดช่องทางการติดต่อ ประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอก เครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากร ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็น รูปธรรม</p>	1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ ความสำคัญ กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	- มีการจัดช่องทางทางความคิดต่อ ประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอก เครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่นๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสารประสานงานอย่าง เป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากร สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็น รูปธรรม	2			
	2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม	(2)		สัมภาษณ์/สอบถาม การสร้างการมีส่วน ร่วมกับภาคี เครือข่าย/ภาพถ่าย หลักฐานใน ดำเนินงานร่วมกัน/ ระบบงานที่เกิดจาก	การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคล สมัครใจเข้ามามีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการ เพื่อให้บรรลุถึง วัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนด กรอบความคิดจาก บุคคลภายนอกหรือองค์กร ที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วม ในการดำเนินงานกิจกรรม ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาค ส่วนต่างๆเป็นทีมกับ เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ชุมชน คณะกรรมการระบบ สุขภาพอำเภอ และ คณะกรรมการบริหาร รพ.สต.
	ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็น ทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดี อย่างเป็นรูปธรรม			การมีส่วนร่วมและ บทบาทของภาคี เครือข่ายต่างๆที่ มาร่วมในการ ดำเนินการ	
	- ชุมชน ภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วม ในการจัดระบบดูแลสุขภาพ	0			
	- ชุมชนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมใน กระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิด ระบบและยังไม่มีการประเมินผลที่เกิดกับ สุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม	1			
- ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ เป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วม ดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการ ประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพ อย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมี สถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ ความสำคัญ กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วน ได้ ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน	(2)		สอบถามวิธีการสร้าง ความสัมพันธ์กับ ชุมชน/ ผลการประเมิน ความพึงพอใจ/ การวิเคราะห์ผล/ การปรับปรุงวิธีการ สร้างความสัมพันธ์ และปรับปรุงใน ประเด็นที่ ไม่พึงพอใจ	ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึภายในจิตใจของ 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 มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของ ผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มี การแก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วทั้งลด ความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและ วิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการ ปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร				
	- ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และ การวัดความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ ไม่มีการจัดการข้อร้องเรียน	0			
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตาม ข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึง ข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนแต่ ไม่มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียน และนำไปพัฒนาองค์กร	1			
- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับ ประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตาม ข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึง ข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมี กระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของ ผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มี	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ ความสำคัญ กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	การแก้ไขอย่างได้ผลและทันที่ลด ความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและ วิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการ ปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร				
รวมคะแนน		10			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.1. มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ	(2)		สัมภาษณ์/สอบถาม / เอกสาร ในการกำหนด คุณลักษณะที่จำเป็น ของบุคลากร/ แนวทางการสรรหา บุคลากร การมอบหมาย หน้าที่การงาน	“ระบบงาน” หมายถึง วิธีการจัด โครงสร้าง และระบบการทำงาน ของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการเพื่อให้ การปฏิบัติงานบรรลุ พันธกิจ และเป้าประสงค์เชิง ยุทธศาสตร์ การจัดระบบการ บริหารงาน หมายถึง การจัดระบบงานทั้งที่ เป็นทางการและไม่เป็น ทางการ เพื่อส่งเสริมให้ บุคลากรเกิดความ ร่วมมือความคิดริเริ่ม การกระจายอำนาจ การตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทัน ต่อความต้องการของ ผู้รับบริการและผู้มีส่วน
	1. มีการประเมินอัตรากำลังบุคลากร ใน รพ.สต. ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช.ให้ เหมาะสมกับระดับของ รพ.สต.				
	2. มีการจัดระบบบริหารบุคลากรโดย คณะกรรมการที่ถูกแต่งตั้งในรูปแบบ ต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็น ทางการตามภาระหน้าที่ 3. มีการกำหนดความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแล ผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบ ตามที่กำหนดไว้มีวิธีการกำหนด คุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของ บุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจ ที่ต้องการมีวิธีการสรรหา ว่าจ้าง และ รักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการ มีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การ งานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรม และมี แผนการพัฒนาบุคลากร				
	- ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผนการจ้างงาน ความก้าวหน้า และ ไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากร	0			
	- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร แต่ไม่มีแผนการจ้างงาน ความก้าวหน้า และไม่มีแผนการพัฒนาบุคลากร	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร และมีแผนการจ้างงาน ความก้าวหน้า และมีแผนการพัฒนาบุคลากร	2			ได้ส่วนเล็ยอยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) การแบ่งระดับ รพ.สต. ดูได้จาก เอกสารแนบท้ายหมวด 3
	3.2 มีการสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร	(2)		ผลการประเมิน ความพึงพอใจ/ สัมภาษณ์วิธีการ สร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และความผาสุกของ หน่วยงาน	ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทาง อารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และ วิสัยทัศน์ขององค์กร บรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจ บุคลากร หรือใช้คำว่า “ร่วมด้วย ช่วยกัน” การ สร้างความผูกพัน
	มีการจัดบรรยากาศ และ สภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบ สนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากร ในองค์กรมีความผาสุก ความพึงพอใจ และ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดี สร้างความ ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ				
	- ไม่มีการจัดบรรยากาศและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน บุคลากรไม่ มีความผาสุกและไม่มีความพึงพอใจใน การปฏิบัติงาน	0			ครอบคลุมการสร้าง ความสัมพันธ์ การสร้าง ความพึงพอใจ การ เสริมสร้างวัฒนธรรม องค์กร การบริหาร
	- มีการจัดบรรยากาศและ สภาพแวดล้อมในการทำงาน จัดระบบ สนับสนุนการดำเนินงาน แต่บุคลากรใน องค์กรไม่มีความผาสุก ไม่พึงพอใจต่อ การปฏิบัติงาน	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	- มีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	2			<p>คำตอบแทน การสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรมบุคลากรที่มี ความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรงานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน</p> <p>ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ควรพิจารณาประเด็นเรื่อง คำตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไข ปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร</p>

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล					การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสารความร่วมมือการทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน
	3.3 มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรและการประเมินผลการปฏิบัติงาน	(3)		พิจารณาจากผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน	การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัยและพัฒนา การประเมินและปรับปรุงวิธีการทำงาน การแลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากรอาจทำได้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร อาจเป็นการฝึกอบรมระหว่าง การปฏิบัติงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือนอกองค์กร
	3.3.1 มีการจัดระบบพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็น	(1)		และผลการดำเนินงานขององค์กร/สัมพันธภาพรูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้ของบุคลากร/การจัดการเรื่องความก้าวหน้าของบุคลากร	
	จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มีการค้นหาความจำเป็น และความต้องการในการฝึกอบรมการจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงาน การพัฒนาตาม ที่กำหนด				
	- ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร	0			
	- จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากรมีการค้นหาความจำเป็น และความต้องการในการฝึกอบรมการจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงาน การพัฒนาตามที่กำหนด	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	3.3.2 มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร	(2)		พิจารณาจาก 1. ตัวชี้วัดผล การปฏิบัติงาน 2. ทำข้อตกลงใน การปฏิบัติงาน ร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอด ตัวชี้วัดระดับองค์กร สู่ระดับบุคคล (Individual Scorecard) โดย ผู้บังคับบัญชาและ ผู้ใต้บังคับบัญชา 3. คณะกรรมการ พิจารณาคั่นกรอง ผลการประเมิน เพื่อให้เกิดมาตรฐาน และความเป็นธรรม 4. หลักเกณฑ์ การประเมินและผล	
	มีการจัดระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้งผลการ ประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิด การพัฒนาและปรับปรุงการทำงานมี แนวทางในการยกย่องชมเชย การให้ รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้ บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มี ประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการทำงานที่ มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการ ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	0			
	- ไม่มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	- มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใสเป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ	2		การประเมินให้บุคลากรรับทราบ 5. ผู้บังคับบัญชานำผลการประเมินไปพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ให้รางวัลใจ และการบริหารงานบุคคลเรื่องอื่นๆ และการนำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีดสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น	
	3.4 มีการเสริมพลังประชาชนและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care)	(3)		สัมภาษณ์/สอบถาม/เอกสารเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3๐2ส/	Health Empowerment หรือ "การเสริมพลังสร้างสุขภาพ" หมายถึง
	บุคลากรมีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการใน			แผนการดำเนินงาน/ภาพกิจกรรม	กระบวนการวิธีที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	ชุมชน เพื่อให้ประชาชนนำไปดูแล ครอบครัวและตนเองได้				ภายในตน มาใช้ในการ ดูแลและสร้างเสริม สุขภาพของตนได้อย่าง ต่อเนื่องและยั่งยืน Self care หรือการดูแล สุขภาพตนเอง เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) ให้ ความหมายว่า คือการดูแลตนเองเป็น การปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทาง ของตนเองเพื่อดำรง รักษาชีวิต ส่งเสริม สุขภาพและความเป็นอยู่ ที่ดีของตน
	- ไม่มีการถ่ายทอดความรู้	0			
	- การวางแผนการถ่ายทอดความรู้ด้าน สุขภาพ ตามหลัก 3๐2๕ และการบริการ ทั้งภายในสถานบริการ การบริการใน ชุมชน	1			
	- มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๕ และการบริการทั้งภายใน สถานบริการ การบริการในชุมชน	2			
	- มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3๐2๕ และการบริการทั้งภายใน สถานบริการ การบริการในชุมชน เพื่อให้ ประชาชนนำไปดูแลครอบครัวและ ตนเองได้	3			
รวมคะแนน		10			

เอกสารแนบท้ายหมวด 3

ค่านิยมการจัดขนาด รพ.สต.ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และการจัดสรรอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ สปสช. ปี 2560

รพ.สต.ขนาดเล็ก

คือ รพ.สต.ที่รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 3,000 คน

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ

1. พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน
2. นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2 คน
3. ทันตภิบาล 1 คน หรือมีการจัดบริการทันตกรรมหมุนเวียนไม่น้อยกว่า 18 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีการให้บริการจำนวน 600 ครั้ง/ประชากร 3,000 คน ใน 1 ปี
4. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

รพ.สต.ขนาดกลาง

คือ รพ.สต.ที่รับผิดชอบประชากร 3,001- 7,000 คน

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ

1. พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน
2. นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน
3. ทันตภิบาล 1 คน และมีการให้บริการจำนวน 600-1,400 ครั้ง/ประชากร 3,001-7,000 คน ใน 1 ปี
4. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

รพ.สต.ขนาดใหญ่

คือ รพ.สต.ที่รับผิดชอบประชากร 7,001- 10,000 คน

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ

1. พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน
2. นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 6 คน
3. ทันตภิบาล 2 คนหรือนักวิชาการทันตสาธารณสุข 1 คน และมีการให้บริการจำนวน 1,400 -2,000 ครั้ง/ประชากร 7,001-10,000 คน ใน 1 ปี
4. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

รพ.สต.ขนาดใหญ่พิเศษ

คือ รพ.สต.ที่รับผิดชอบประชากร 10,000 คนขึ้นไป

อัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ

1. พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 3 คน
2. นักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 6 คน
3. นักวิชาการทันตสาธารณสุข 2 คน และมีการให้บริการจำนวน 1,400 -2,000 ครั้ง/ประชากร 7,001-10,000 คน ใน 1 ปี
4. ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

แหล่งอ้างอิง :

1. หลักเกณฑ์การกำหนดขนาด รพ.สต. อ้างอิงจาก หนังสือ สช 0201.032/ว29 ลงวันที่ 31 มกราคม 2555 ลงนามโดย นายโสภณ เมฆธน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. หลักเกณฑ์การกำหนดอัตราบุคลากร อ้างอิงจาก แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปี 2560 โดยสำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับมีนาคม 2559



(ร่าง) แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มี

กระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

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				
4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหา ชุมชน (ODOP/OTOP)															(7)		สัมภาษณ์/ ตามรอย	การจัดบริการ ตามสภาพ ปัญหาของ ชุมชน หมายถึง การจัดบริการ ที่สอดคล้อง กับประเด็น ODOP/OTOP
ODOP..... OTOP..... (ติดตามประเมินทุกข้อตาม ประเด็นปัญหาของพื้นที่)															3 4		การให้บริการ ตามประเด็น ODOP/OTOP	ปัญหาของ ชุมชน หมายถึง การจัดบริการ ที่สอดคล้อง กับประเด็น ODOP/OTOP



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 รายบริการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		*เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (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				
4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)															(14)		สัมภาษณ์/ ตามรอย	การให้บริการ ในสถาน บริการ หมายถึง การจัดบริการ ภายในหน่วย บริการที่จัดไว้ สำหรับ ให้บริการ ผู้ป่วย ผู้รับบริการ
4.2.1 OPD															2		การให้บริการใน สถานบริการ ตามแผนกต่างๆ เช่น OPD, ER ฯลฯ	
4.2.2 ER															2			
4.2.3 ANC															2			
4.2.4WCC															2			
4.2.5NCD															2			
4.2.6 แผนไทย															2			
4.2.7 ทันตกรรม															2			
4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)															(9)		สัมภาษณ์ / ตามรอย	การบริการใน ชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้บริการกับ ผู้ป่วย
4.3.1 การดูแลบริการสุขภาพที่ บ้าน (Home Health Care)/LTC และ Palliative care															3		กระบวนการ ให้บริการแก่ ผู้ป่วยผู้รับบริการ ในชุมชน	



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 รายบริการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		*เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (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			ผู้รับบริการ และชุมชนโดย ออกไป ให้บริการใน ชุมชน
4.3.3 คุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพ (คปส.)															3			
รวมคะแนน														30				

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน

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) มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาได้ง่ายและเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 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 ผลการตรวจทางร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย 3.6 การวินิจฉัย 3.7 การรักษา 3.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ)			

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) ไม้กคลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข่า			
(8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(10) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen’s Chart / E – Chart)			
(11) ตู้เย็นสำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นการบันทึกข้อมูล ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณีไฟดับ หรือล้างทำความสะอาดตู้เย็นถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอก สถานที่ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนย้ายออกนอกพื้นที่ เป็นต้น			
(12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับตู้เย็นต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัด อุณหภูมิตู้เย็นการเทียบเคียงเป็นต้น			
(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



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. ชุดผ้าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน			
5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางการปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐานวิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

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(ใช้สำหรับผู้ที่มิประวัติความดันโลหิตสูง)			
3. หูฟัง			
4. เครื่อง Droptone			
5. สายวัดระดับมดลูก			

หมายเหตุ - ครบทุกข้อ = มี
- ไม่มี Droptone = ไม่มี

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

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/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
เครื่องมือ เครื่องใช้สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้			
1. เครื่องวัดความดันโลหิต			
2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			
3. หูฟัง (stethoscope)			
4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้			
5. ไฟฉาย			
6. ไม้กดลิ้น			
7. ไม้เคาะเข่า			
8. สายวัด			
9. ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
10. ถังมือยาง			
11. ผ้าปิดจมูก			

- หมายเหตุ
- มีครบทุกข้อ (1 – 11) = มี
 - มีข้อ 1 – 7 = มี
 - ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 7 = ไม่มี

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7 ทัศนคติ (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	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)			
(6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ			
(7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์			
(8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ			
รวมรายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี /ไม่มี ได้เท่านั้น)			

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

2. การแปลผล
- ขาดอันใดอันหนึ่งใน 1 – 6 = ไม่มี
 - มี 1–8=มี
 - มี 1–6= มี



แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.3 การบริการในชุมชน(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ 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 care มีข้อ 1 – 8 และ มีข้อ 9 – 11 อย่างน้อย 1 ข้อ = มี

- Palliative care ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 – 11 = ไม่มี

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

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

ประเด็น 4.3.3 เกณฑ์กรรม/ คู่มือครองผู้บริโภคดี้านสุขภาพ (คบส.)

ชื่อ-นามสกุลผู้ประกอบการ.....

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

1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง

ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่พบไม่ถูกต้อง
1. อาหารที่ไม่มีมี อย. 10 ชนิด ได้แก่ นม นมเปรี้ยว ไอศกรีมน้ำดื่ม เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ซอส น้ำปลา เครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง ขนมนึ่ง/เบเกอรี่ ที่มาจากแหล่งผลิตนอกอำเภอหรือไม่ทราบแหล่งที่มา			
2. อาหารตามข้อ 1 ที่ฉลากไม่มีวันเดือนปีผลิต/หมดอายุ			
3. ขนม/อาหารที่มีลักษณะกายภาพ/บรรจุภัณฑ์/ การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง/เสื่อมสภาพหมดอายุ			
4. ยาห้ามขาย(ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะNSAIDs ยาฉีด ยาโรครื้อรัง เบาทหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก)			

ประเด็น	ตรวจ (รายการ)	พบไม่ ถูกต้อง (รายการ)	ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่พบไม่ถูกต้อง
5. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย. ห้ามขาย ขาย 34 รายการ			
6. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย. ประกาศผลตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้ (ตามรายการที่กำหนด)			
7. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ฉลาก ไม่ถูกต้อง (ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีฉลาก ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก)			
8. แผ่นป้ายโฆษณาอาหาร เครื่องดื่ม ยาที่ ผิดกฎหมาย (1.อาหาร/เครื่องดื่ม โฆษณา สรรพคุณป้องกันรักษาโรค 2. ยา โฆษณา รักษาเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต บำรุงกาม คุมกำเนิด โฆษณาสรรพคุณยาอันตราย ยาควบคุม พิเศษ หรือโฆษณาชิงโชค ส่งกล่องยารับ รางวัล)			

2. การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย
- คู่มือเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง
 - คู่มือผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง
 - รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า รู้ ไม่รู้

ลงชื่อ..... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจประเมิน

รายการเครื่องสำอางสำหรับฝ้า 34 รายการที่ห้ามขายตาม
ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิตนำเข้า หรือขาย
ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2552 และฉบับที่ 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. ครีมฝ้าเมลาคเร่
8. โลชั่นกันแดด กันฝ้า เมลาคเร่
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 แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอยหมองคล้ำ
17. 3 ทรีเคย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
18. 3 ทรีเคย์ เนเซอร์ลิต ครีมทาสิว
19. 3 ทรีเคย์ เนเซอร์ลิต โลชั่นป้องกันแสงแดด
20. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอย
21. พรีเม่ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน 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. ซิชาเดะ ครีมน้ำขาว โสมผสมไข่มุกญี่ปุ่น
30. ครีบบัวหิมะ หลิง หลิง
31. ครีมี QIAN MEI
32. ครีมี QIAN LI
33. ครีมี CAI NI YA
34. ครีมี JIAO LING

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 5 ผลลัพธ์

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

หมวด 5 ผลลัพธ์

ข้อ 5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง (Self Care)

ผู้ที่ให้ข้อมูล กศค./อศค. ผู้รับบริการ

มีการประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพการบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไข การปรับปรุง
	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 ครั้งคุณภาพอย่างไร			
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 ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องของ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างไร			
9. ท่านทราบความสำคัญ/การปฏิบัติตัว ในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร			
10. หอมประจำครอบครัวของท่านมีบทบาทอย่างไรในการให้บริการหรือสนับสนุนด้านสุขภาพ			

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

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด ผลลัพธ์ 5

หน่วยบริการอำเภอ.....จังหวัด.....

หมวด ผลลัพธ์ 5

ข้อที่ 5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
5.2.1. ตัวชี้วัดกลางบ่งชี้ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ(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 ร้อยละการเข้ายาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก	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 – 60 ปี ภายใน 5 ปี	1	
5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จากHDC)	5	
5.2.2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	1	
5.2.2.2 มาตรการลดนมมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี	1	
5.2.2.3 ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส	1	

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์		
5.2.2.4 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่	1	
5.2.2.5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	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	1	
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.....

หมวด 5 ผลลัพธ์

ข้อ 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
5.3.1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้เช่น CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย	สินทรัพย์ความรู้ (Knowledge assets) หมายถึงทรัพยากรทางปัญญาที่มีการสั่งสมในองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้ อาจเก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ซอฟต์แวร์
5.3.1.1 การจัดการองค์ความรู้				
- ไม่มี	0			
- มี	1			
5.3.1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน				
- ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	0			
- สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน	1			
5.3.2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน	(1)		- เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย - รูปแบบการเผยแพร่ ชัดเจน	
- มีผลลัพธ์	0			
- มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน	1			



ประเด็น	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
5.3.3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัยนำไปสู่การดูแลตนเองได้	(2)		- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ - สัมภาษณ์ประชาชนที่ เป็นกลุ่มเป้าหมายใน การทำ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย	สิทธิบัตร สิทธิพจน์ความรู้ เป็น ความรู้ภาคปฏิบัติ(know how) ที่ทำให้องค์กรประสบ ความสำเร็จ
- ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	0			
- ชุมชน ผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้	1			
- ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็น ตัวอย่างได้	2			
คะแนนรวม	5			

สรุปคะแนน

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 (คบส.)	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		

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 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (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		

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		

สรุปแบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560

หมวด 4 การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

ลำดับ	เกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	หมวด 4 การจัดการระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย	30		
	4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)	7		
	4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)	14		
	4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ /อสม./ กศศ./อสค./ญาติผู้ป่วย)	9		



สรุปแบบประเมิน 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. ตัวชี้วัดกลางบ่งชี้ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (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		

ตัวอย่างการติดตามคะแนน

ลำดับ	เกณฑ์	ตัวอย่างการติดตามคะแนน (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 เพื่อเป็นพี่เลี้ยงระดับเขต/จังหวัด/อำเภอ
4. พัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์คุณภาพฯ โดยพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ จังหวัด
5. ประเมิน/เยี่ยมเสริมพลัง ระดับอำเภอ/ จังหวัด/ เขต
6. รับรองผลโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ
7. รับรางวัลระดับประเทศ ถอดบทเรียน เยี่ยมชื่นชมโดยผู้บริหาร

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



คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๓๑๒๕ / ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน โดยยกระดับสถานีอนามัยทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ได้กำหนดเป้าประสงค์การพัฒนาคุณภาพอำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพเพื่อพัฒนาระบบบริการ การบริหารจัดการและวิชาการด้วยกลไกบริหารยุทธศาสตร์แบบครบวงจร รวมทั้งกำหนดแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ให้มีความต่อเนื่อง ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจัดระบบบริการให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ และเป็นเครื่องมือในการกำกับและประกันคุณภาพของระบบต่าง ๆ ของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่พึงพอใจได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทัวถึงและเป็นธรรม

ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีประสิทธิภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ อำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว จึงขอยกเลิกคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๒๗๗๕/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงคณะทำงานบางท่าน และแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

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

๑๓) ประธานมูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย		คณะกรรมการ
๑๔) นายกสมาคมหมออนามัย		คณะกรรมการ
๑๕) นายกสมาคมชมรมสาธารณสุข		คณะกรรมการ
๑๖) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ประเทศไทย)		คณะกรรมการ
๑๗) ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สายเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน (ประเทศไทย)		คณะกรรมการ
๑๘) เลขาธิการชมรมนักวิชาการสาธารณสุข (ประเทศไทย)		คณะกรรมการ
๑๙) ประธานชมรมพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งประเทศไทย		คณะกรรมการ
๒๐) นางสาวพิชญกานต์ สุกุลพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี		คณะกรรมการ
๒๑) นางชุลีพร แดนสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี		คณะกรรมการ
๒๒) นางพัชร์พิมล หาญรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม		คณะกรรมการ
๒๓) นางสาวฐานิตา พลชม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามผง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม		คณะกรรมการ
๒๔) นายปรเมษฐ์ กิ่งไก่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร		คณะกรรมการและเลขานุการ
๒๕) นางสาวณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จังหวัดอุดรธานี		คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๖) นายสมชาย พรหมจักร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร		คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒๗) นายทองดี มุ่งดี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

โดยให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- วางแผนและกำหนดรูปแบบการตรวจประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (อำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว)
- ดำเนินการติดตามการตรวจประเมินตามแผน
- สรุปรายงานผลการตรวจประเมินให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ
- แต่งตั้งคณะกรรมการอื่น ๆ เพื่อปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
- ดำเนินการอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

กระทรวงสาธารณสุข



รพ.สต.ติดดาว



บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH