

แบบประเมิน รพ.สต.ติดตาม : จังหวัดสระแก้ว  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....สระแก้ว  
เครือข่ายโรงพยาบาล.....

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	<b>1.1 ภาวะผู้นำ การนำ ธรรมาภิบาล</b>	(14)		- สัมภาษณ์ / บันทึก และรายงานการประชุม	ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้างและกลไกการตัดสินใจ ของผู้นำในองค์กร การสื่อสาร การนำผลการตัดสินใจดังกล่าว ไปสู่การปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร การ ปลูกฝังค่านิยม ทิศทาง ความ คาดหวัง รวมทั้งความสัมพันธ์ ระหว่างผู้นำ  คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (DHS) หมายถึง องค์กรภาคีใน พื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงาน เอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น โดยมีการทำงานด้านสุขภาพ ร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มี ลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์ สามารถประสานและสามารถ เชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมี เป้าหมายเดียวกัน  คณะกรรมการสุขภาพตำบล หมายถึง ผู้แทนจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) องค์การ
	1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร	(10)		- มีโครงสร้างองค์กร มี คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	
	1.1.1.1มีการทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการสุขภาพอำเภอ(DHS)/ คณะกรรมการสุขภาพตำบล	(2)		มีระบบการทำงาน การมอบหมายงาน ที่ชัดเจน	
	- ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน	0			
	- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกันน้อยกว่า ปีละ 4 ครั้ง	1			
- ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกันปีละ 4 ครั้ง	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม	
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการตี					ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข อื่นๆ วัด โรงเรียน หน่วยงาน เอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคมซึ่งรวมถึง อสม. และผู้แทนชุมชนอื่นๆ	
	1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอดทิศทาง	(2)		- พิจารณาจากข้อมูล	วิสัยทัศน์	
	มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ คำนิยาม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มีแผนงานและ โครงการ ที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของ ผู้รับบริการ และบริบทของพื้นที่ มีการสื่อสาร ให้บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน			CPP (Contracting Provider Profile) ร่วมกับการสัมภาษณ์ พืมนำผู้รับผิดชอบโดย อธิบายแสดงพันธกิจ เป้าหมาย คำนิยาม แผน ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการ ในการ จัดบริการสาธารณสุข โดยพิจารณาความ สอดคล้องกับสถานะของ ผู้รับบริการและ ตามบริบทของพื้นที่/ มีแผนงานที่สอดคล้อง กับแผนงานของ CUP ที่ ระบุเป็นลายลักษณ์ อักษรที่ชัดเจน	หมายถึงการมองไปในอนาคต (Future Perspective) เป็นสิ่ง ที่จะบอกถึงสิ่งที่องค์กรอยากจะ เป็นในอนาคตและการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ คำนิยามต้อง คำนึงถึงความต้องการหรือ ผลประโยชน์จากประชาชน ชุมชน สังคม และผู้ได้รับ ผลกระทบในพื้นที่รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็งขององค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ อาจกล่าวถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของประชาชนหรือรูปแบบ การบริการที่ปรารถนาในอนาคต 3-5 ปี เป็นต้น	
	- ไม่มีการดำเนินงาน ไม่มีเอกสาร	0				การสื่อสารทิศทางขององค์กร หมายถึงการสื่อสารทิศทางของ องค์กรในอนาคตที่ต้องการให้ บุคลากรในองค์กรได้รับทราบ และเข้าใจเมื่อได้จัดทำวิสัยทัศน์ และกำหนดเป้าประสงค์ คำนิยาม และความคาดหวังขององค์กร แล้วจะต้องมีกระบวนการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ บุคลากรได้รับทราบ ยอมรับและ นำไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้บริหารสามารถดำเนินการได้ หลายวิธีแต่วิธีการหนึ่งที่มี ประสิทธิภาพได้แก่การสื่อสาร
	- มีการดำเนินงาน เอกสารไม่ครบถ้วน และไม่มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน	1				
	- มีการดำเนินงานมีเอกสารครบถ้วน และมีการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี				เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ	แบบสองทิศทาง (Two Way Communication) สร้างบรรยากาศที่ดีในทุกรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้ กระตุ้นให้บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของทิศทางดังกล่าว ร่วมกัน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความผาสุก
	<b>1.1.1.3 การกำกับดูแล</b>	<b>(2)</b>		- โครงสร้างการบริหาร - ระเบียบปฏิบัติ การกำกับดูแลตนเอง - มาตรฐานหรืออื่น ๆ ที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร - กฎระเบียบ หรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง - แนวทางการตรวจสอบประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ	การกำกับดูแล หมายถึง การแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้านการเงิน ความโปร่งใสในการดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายใน ภายนอกการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
	มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกันทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับรู้ มีส่วนร่วม ตรวจสอบได้				
	- ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ	0			
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน	1			
	- มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและมีการทบทวนพิจารณาผลการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรค อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	2			
	<b>1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน</b>	<b>(2)</b>		1.หน่วยงานมีคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการข้อร้องเรียนในระดับหน่วยบริการ 2.มีคำสั่งแต่งตั้งมอบหมายงานมีผู้รับผิดชอบชัดเจนในระดับหน่วยบริการ 3.มีการประชุมคณะกรรมการและมีรายงานการประชุม 4.มีการรวบรวมบันทึกข้อมูลการร้องเรียนทุก	ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยญาติ ผู้รับบริการทั้งจากภายใน/ภายนอก ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ ทำให้ไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน
<b>มีโครงสร้างและระบบจัดการข้อร้องเรียน</b>					
- ไม่มีระบบ	0				
- มีระบบโครงสร้างการจัดการข้อร้องเรียนในระดับหน่วยบริการอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม/มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยง (RM) และระบบการจัดการข้อร้องเรียนมีการเก็บรวบรวมบันทึกข้อมูลการร้องเรียนทุกเรื่อง แต่ไม่มีการวิเคราะห์ระบุความเสี่ยง/ปัจจัยที่ก่อให้เกิด/ประเมินโอกาส/ผลกระทบและนำไปสู่กระบวนการเจรจาไกล่เกลี่ยมีการนำข้อสรุปมาพัฒนางานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ	1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	- มีระบบโครงสร้างการจัดการซื้อ ร้องเรียนในระดับหน่วยบริการอย่างชัดเจนเป็น รูปธรรม/มีระบบบริหารจัดการความเสี่ยง (RM)และระบบการจัดการซื้อร้องเรียนมีการเก็บ รวบรวมบันทึกข้อมูลการร้องเรียนทุกเรื่อง มีการ วิเคราะห์ระบุความเสี่ยง/ปัจจัยที่ก่อให้เกิด/ ประเมินโอกาส/ผลกระทบและนำสู่กระบวนการ เจรจาไกล่เกลี่ยมีการนำข้อสรุปมาพัฒนางาน เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ	2		เรื่องโดยแยกเรื่องชัดเจน สะดวกในการค้นหา 5.มีการนำข้อมูลการ ร้องเรียนมาวิเคราะห์ และนำมาสู่กระบวนการ เจรจาไกล่เกลี่ย 6.มีการนำข้อสรุปมา พัฒนางานเพื่อป้องกัน การเกิดซ้ำ	
				-ไม่มีการฟ้องคดีและไม่ ต้องจ่ายเงินทดแทน -ไม่มีการฟ้องคดีและ ผู้รับบริการได้รับการ เยียวยาตามมาตรา 41	
	<b>1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ</b>	<b>(2)</b>		แผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/ การวิเคราะห์และ ปรับปรุงแผน การดำเนินงาน	การทบทวนผลการดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็นวิธีการ ในการเลือกและรวบรวมข้อมูล และสารสนเทศที่มี ความสอดคล้องและ เชื่อมโยงกัน เพื่อใช้ใน การติดตามผลการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินการและนำผล การดำเนินงานมาทบทวน วิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนใน การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น
	- ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน	0			
	- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็น ลายลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง(ปีละ 1 ครั้ง) และไม่มีผลลัพธ์ของการพัฒนา	1			
- มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็น ลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์	2				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม</b>	(4)		เอกสารแสดงกฎและระเบียบ ในการปฏิบัติงาน	พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมาย และจริยธรรม : หน่วยบริการ/ องค์กร แสดงให้เห็นว่ามีการ ระบุและคาดการณ์ความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม/ และความกังวลของสาธารณะ เนื่องมาจากบริการ/ การดำเนินงานขององค์กร และ มีการเตรียมการแก้ไข รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รักษาสิ่งแวดล้อม มีการกำหนด กระบวนการ เพื่อให้มีการปฏิบัติ ตามกฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้ง ลดความเสียหายเหล่านั้น
	<b>1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม</b>	(2)			
	มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นค่านิยมและ วัฒนธรรมในการทำงานของบุคลากรที่ใช้ ตัดสินความถูกต้องและความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย				
	- ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ	0			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ	1			
	- มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม	2			
	<b>1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่ สำคัญ</b>	(2)		รูปภาพกิจกรรม/ การบันทึกการให้ การสนับสนุนชุมชน	<b>ชุมชน (Community)</b> ครอบคลุมทั้งชุมชน ทางภูมิศาสตร์ และชุมชนใน ลักษณะอื่นๆ เช่น กลุ่มบุคคล ที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์เพื่อบรรลุ เป้าหมายเดียวกัน หรือเครือข่าย สุขภาพ เป็นต้น <b>การสนับสนุนชุมชน (Community support)</b> รวมถึงความพยายามในการ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ท้องถิ่นในด้าน การให้บริการ การให้สุขศึกษา เพื่อสุขอนามัย และการจัดการสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อ สุขภาพ การช่วยให้สมาชิกใน ชุมชนพัฒนาทักษะและ ความสามารถที่จำเป็นเพื่อ
	มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการ ดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับชุมชน นอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้เกิด ภาพลักษณ์ที่ดีต่อชุมชน				
	- ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน	0			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มีการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่มีภาพหรือ หลักฐานเชิงประจักษ์	1			
	- มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการ บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
					สามารถรับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	<b>1.2 แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ</b>	(4)		สัมภาษณ์วิธีการจัดทำ แผน/การกำหนด เป้าประสงค์/แผน	กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่าอาจเป็นผลหรือผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข  <b>วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives)</b> หมายถึงความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่องค์กรต้องการบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร
	<b>1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์</b>	(2)			
	<b>1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์</b>	(2)			
	มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ				
	- ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์	0			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	1			
	- มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ	2			
	<b>1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ</b>	(2)			
<b>1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ</b>	(2)				
มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนองสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คน งบประมาณ) ให้เพียงพอต่อ			การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เช่นการจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืน		

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 1 การนำองค์กร และ การจัดการดี	การดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ				ของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการบุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ <b>แผนปฏิบัติการ (Action plan)</b> หมายถึงแผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากรที่ต้องใช้ในช่วงเวลาที่ต้องทำให้สำเร็จ
	- ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และไม่มี การถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ	0			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มีการ ถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของ แผนปฏิบัติงาน	1			
	- มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของ แผนปฏิบัติการ	2			
<b>รวมคะแนน</b>					



แบบประเมิน รพ.สต. ตีตดาว ปี ๒๕๖๐

หมวด ๑ การนำองค์กร ธรรมภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์

หน่วยบริการ.....อำเภอ.....จังหวัดสระแก้ว

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
๑.๓.๑ การจัดการการเงินและบัญชี	มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง ป้องกันการทุจริต ประพฤติมิชอบ	๑		พิจารณาจากหลักฐานการดำเนินงาน เช่น คำสั่ง	งานการเงินและบัญชี จัดเป็นงานสนับสนุนที่สำคัญของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนงานหรือนโยบายที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นงานที่ จะต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง จะต้องศึกษาระเบียบวิธีปฏิบัติ และนำไปปฏิบัติให้ ถูกต้อง เกิด ประโยชน์สูงสุดแก่หน่วยงาน ตลอดจนมีการจัดการเกี่ยวกับการรับและจ่ายเงินของ หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักการทาง เศรษฐศาสตร์ หลักทางการ บริหาร และ รวมทั้งหลักการ คลังทั่วไป
	๑. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของ หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการเงิน	๑		คณะกรรมการ / แผนการใช้ เงินบำรุง / การควบคุมการ รับจ่ายเงิน / การจัดทำบัญชี / การควบคุมการใช้	
	๒. มีและใช้งบประมาณตามแผนการใช้เงินบำรุง ของ รพ.สต. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ และได้รับอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว	๑		ใบเสร็จรับเงิน / การใช้เช็ค	
	๓. มีการใช้โปรแกรมบัญชี รพ.สต. ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน	๑			
	๔. มีการพิมพ์รายงาน ๔๐๑/๔๐๔/๔๐๗	๑			
	๕. มีการจัดทำทะเบียนคุมการจ่ายเช็ค	๑			
	๖. มีการใช้เช็คได้ถูกต้องตามระเบียบการเก็บ รักษาเงินและการนำเงินส่งคลังในหน้าที่ของ อำเภอและกิ่งอำเภอ พ.ศ. ๒๕๒๐	๑			
	๗. มีการส่งงบทดลองให้แม่ข่าย ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป	๑			
๘. มีสมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปการใช้ ประจำปี ส่งให้รพ.แม่ข่าย	๑				

## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

### หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

#### 1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

##### 1.3.2 การจัดการอาคารสถานที่ สภาพแวดล้อม

ตัวชี้วัด	หลักฐานการพิจารณา	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.3.2.1 กระบวนการพัฒนามีนโยบาย มีกลไกการขับเคลื่อน สนับสนุนการดำเนิน และแผนพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ หน่วยงาน (คะแนน จากการประเมินของ สสจ.สระแก้ว กลุ่มงาน อนามัยสิ่งแวดล้อม ประเมิน ราย รพ.สต.)	หลักฐานเชิงประจักษ์ (นโยบาย กระบวนการ แผนงาน/โครงการ )	12	
1.3.2.2 ผลการดำเนินงาน (คะแนน 35 คะแนน)		35	
1. การดำเนินงานกิจกรรม 5 ส (5 คะแนน)	กิจกรรมตามเกณฑ์ 5 ส ที่ ปรากฏ	5	
2. การดำเนินตามเกณฑ์ประเมินสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่า ทำงาน (Healthy Work Place) กรมอนามัย (10 คะแนน)	ผลการประเมินรับรอง มาตรฐาน HWP จาก กรม อนามัย	10	
2.1 ผ่านเกณฑ์การประเมิน HWP ระดับดี (5 คะแนน)		5	
2.2 ผ่านเกณฑ์การประเมิน HWP ระดับ ดีมาก (10 คะแนน)		5	
3.การดำเนินงาน GREEN & CLEAN (20 คะแนน)	แบบรายงานผลการ ดำเนินงาน ระบบ โปรแกรม carbonfootprint ของ กรมอนามัย G35	20	
3.1 มีการดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN & CLEAN (10 คะแนน)		10	
3.2 มีการบันทึกข้อมูล carbonfootprint และบันทึก ข้อมูล GREEN ในระบบโปรแกรม carbonfootprint ของ กรมอนามัย (10 คะแนน)		10	

เกณฑ์ ประเมิน <http://team.sko.moph.go.th/content/view/?id=164>

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

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

1.3 ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ

1.3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน

1.3.3.1 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน/ แนวทางพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร (รวม 4 คะแนน)	1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	(2)		พิจารณาจาก CUP จัดระบบสนับสนุน	*กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้รพ. สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้
	1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงาน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต.	1		ให้หน่วยบริการปฐม ภูมิ และเครือข่ายมี	* กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบ ในรพ.สต. อนุโลมให้เป็นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล โดย ขอให้มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ
	1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบ ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ1ครั้ง (อย่างน้อย1วัน)	0.6		การจัดระบบการ ป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ	ขอให้มีคำสั่งแต่งตั้งเป็นผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนนถ้าไม่มีให้ 0 -หลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้เช่น หนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการ อบรม เนื้อหาในการอบรม
	1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับ การอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรใน รพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึดตามปีปฏิทิน)	0.4			-คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม
	1.2 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ	(2)		ดูแนวทางคู่มือ การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ และดูการกำกับ ติดตามการใช้คู่มือ/ แนวทางปฏิบัติใน การป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ ใน รพ.สต. ตาม บริบทของพื้นที่	-คู่มือจัดทำในรูปของคณะกรรมการ ดำเนินงานด้านการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อภาพรวมของCUP นั้นๆและจัดทำภายใน 5 ปีก่อน การประเมิน -การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 เรื่อง เช่นการล้างมือ การจัดการขยะ การเฝ้าระวังและ ติดตามการติดเชื้อ หรือเรื่องที่ สอดคล้องกับ ODOP/OTOP

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ ประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
1.การ ออกแบบ ระบบและการ จัดการ ทรัพยากร	1.2.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต. แต่ไม่เป็น ปัจจุบัน	1			คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็น ปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุง คู่มือการป้องกันและควบคุมการติด เชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี
	1.2.2 มีข้อ 1.2.1 และสุ่มสอบถามเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือ ได้อย่างถูกต้อง	1			
2.การ ดำเนินงาน (รวมคะแนน 16 คะแนน)	<b>2.1ระบบการเฝ้าระวัง</b>	<b>(1.5)</b>		- สอบถาม และตรวจดู รายงานการ เฝ้าระวังและ แนวทางการ แก้ไขปัญหา เป็นลาย ลักษณ์อักษร ไม่เน้นรูปแบบ การบันทึกแต่ สามารถตอบ การสื่อสารกัน ได้  - ดูผลการ ตรวจสุขภาพ ประจำปีของ เจ้าหน้าที่ เฉพาะราย -ดูแผนการ ตรวจสุขภาพ -ผลการตรวจ สุขภาพ -แผนการดูแล บุคลากรกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่ม ป่วย	<b>กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง</b> การกำหนด กลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP/OTOP และปัญหาสุขภาพของ ผู้รับบริการตามบริบทของ รพ.สต. นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวัง การติดเชื้อทั้งในรพ.สต.และในชุมชน  <b>การตรวจสุขภาพประจำปีหมายถึง</b> กิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจยังไม่มีอาการ ผิดปกติ ยังอยู่ในภาวะที่ร่างกายยัง ปกติ และผู้ป่วยรู้สึกร่างกายยัง สมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการตรวจที่ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/สอบถาม ประวัติอาการ และประวัติทาง การแพทย์ต่างๆ การตรวจร่างกายโดย ละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่จำเป็น การให้วัคซีนป้องกันโรคตาม คำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข และการให้คำปรึกษาสุขภาพที่ สอดคล้องกับสถานะของผู้รับการ ตรวจแต่ละราย  <b>การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ หมายถึง</b> การวิเคราะห์จากผลการ ตรวจสุขภาพประจำปีแล้วแบ่งกลุ่ม เป็นกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
	2.1.1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายสำคัญ	0.5			
	2.1.2 มีข้อ 2.1.1 และมีผลการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ	1			
	<b>2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี</b>	<b>(1.5)</b>			
	2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี แต่ไม่ครบ 100%	0.25			
	2.2.2 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปี ครบ 100%	0.5			
	2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ	0.25			
	2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากร กลุ่มเสี่ยง	0.25			
2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงานตามความเหมาะสม	0.25				

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค</b>	1		ประเมินจากรอบปี	การฉีดวัคซีนที่จำเป็นหมายถึงการฉีด วัคซีนใช้ขวดใหญ่และวัคซีนที่ป้องกัน กันโรคระบาดตามการระบาดของ แต่ละพื้นที่
	2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง น้อยกว่าร้อยละ 80	0		ปฏิทินมีทะเบียน รายงานการฉีด วัคซีนใช้ขวดใหญ่	
	2.3.2 บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคที่จำเป็นตามนโยบายของกระทรวง ร้อยละ 80 ขึ้นไป	1		และรายงาน การฉีดวัคซีนตาม การระบาดของ โรคในพื้นที่ (ให้กระตุ้นตาม ความเหมาะสม เช่น คอตีบ) หรือ - การสอบถาม เจ้าหน้าที่ หรือ - สมุดบันทึกการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี	
	<b>2.4 แนวทางการปฏิบัติ</b>	2		คู่มือ/โปสเตอร์/ป้าย	แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ หรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนว ทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับ อุบัติเหตุจากเข็มที่มแทง เช่น ไขมีด ผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง เป็นต้น
	2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะ ปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ใน พื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน	0.5		แนวทางปฏิบัติ - สุ่มถามบุคลากร 1 คน - ขอคู่มือรายงานการ เกิดอุบัติเหตุเมื่อ เกิดอุบัติเหตุไม่	
	2.4.2 มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและ อธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง	0.5		เน้นรูปแบบเอา ตามแนวทางที่ CUPกำหนด - กรณีที่ไม่ได้รับ อุบัติเหตุ	
	2.4.3 มีการบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ	1			

เกณฑ์		คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำ ความสะอาดมือ</b>	<b>(2)</b>		สังเกตป้ายแสดง ขั้นตอนการล้าง มือส่วนบุคคล 1 คน ตอบ คำถามและ สาธิตการล้างมือ	<b>การทำความสะอาดมือ หมายถึง</b> การขัดถูให้ทั่วมือ รวมทั้งข้อ ข้อมือด้วยสบู่หรือสารเคมีและน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มี ประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดใน การควบคุมโรคติดเชื้อ การล้างมือ อย่างถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ดมือที่ สะอาดทุกครั้ง สามารถลดการติดเชื้อ ในได้ การล้างมืออย่างถูกต้อง เหมาะสมจะสามารถลดการติดเชื้อใน โรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การล้างมืออย่างถูกวิธี มีความ ตระหนัก และเห็นความสำคัญของ การล้างมือรวมทั้งมีพฤติกรรมล้าง มืออย่างถูกต้องและเหมาะสมจะ สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อและ แพร่กระจายเชื้อ
	2.5.1 มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์แสดง ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมี อุปกรณ์ล้างมือ เช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้	1			
	2.5.2 มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความ สะอาดมือได้ถูกต้อง	1		ได้ถูกต้องไม่นั้น ว่าเป็นพยาบาล	
	<b>2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b>	<b>(2)</b>		- สังเกตภาพหรือ ป้ายแสดงขั้นตอน การสวมและถอด อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล - สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิตและ ตอบคำถามการ ใช้ PPE	<b>อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล</b> หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือหลายส่วนรวมกัน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตราย ให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้อง ประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือ เป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะ แวดล้อมในการทำงาน
	2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ ตามบริบทของพื้นที่	1			
	2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถใช้ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม	1			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการประเมิน	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<b>2.7 การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต</b>	(2)		- สุ่มถาม - ตรวจสอบ สถานที่จริง	การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. เช่นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น
	2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	0.5		- ป้ายสื่อสาร การปฏิบัติกรณีโรคติดต่อที่ต้อง	
	2.7.2 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการแบ่งพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในรพ.สต.	0.5		แยกพื้นที่เช่น โรคฉี่หนู, ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น	
	2.7.3 มีข้อ 2.7.1และ2.7.2และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง	1			
	<b>2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ</b>	(2)		พิจารณาจากอุปกรณ์ และเครื่องมือสะอาด	การควบคุมคุณภาพทางด้านชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test
	2.8.1บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และการควบคุมคุณภาพการทำให้ปราศจากเชื้อทั้ง 3 ด้าน	1		ปราศจากเชื้อพร้อมใช้งาน	
	2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง	0.20			
	2.8.3มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ในการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้แก่ set พื้นฐาน เช่น set suture, set คลอด, set I&D	0.20			
	2.8.4 มี ข้อ 2.8.3 และมีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ(อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน)	0.20			

2.8.5 มี ข้อ 2.8.4และมีการจัดเก็บที่ป้องกัน การปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง	0.20		สังเกต/ สัมภาษณ์ / สอบถามกรณี ห่ออุปกรณ์ ปราศจากเชื้อ ชำรุด หรือ ไม่ พร้อมใช้ตัด 0.2 คะแนน	การทำให้ปราศจากเชื้อหมายถึง กระบวนการในการทำลายหรือขจัด เชื้อจุลชีพทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของ เชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทาง การแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่าน เข้าสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ฉีดเข้า เส้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อของร่างกายใน ระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องท้อง จะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ
2.8.6 ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ	0.20			
<b>2.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ</b>	(2)			
2.9.1บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ ในรพ.สต.	1		สุ่มดูมูลฝอยไม่ถึง มูลฝอยติดเชื้อ -สอบถาม/ สังเกต เช่นกรณี ไม่มีรถขนมูล ฝอยติดเชื้อ	“มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความว่ามูล ฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณ หรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัส หรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถ ทำให้เกิดโรคได้กรณีมูลฝอยดังต่อไปนี้ ที่เกิดขึ้นหรือใช้ในกระบวนการตรวจ วินิจฉัยทางการแพทย์และการ รักษาพยาบาล การใหญ่ภูมิคุ้มกันโรค และการทดลองเกี่ยวกับโรค และการ ตรวจชันสูตรศพหรือซากสัตว์รวมทั้ง ในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าว
2.9.2การจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่/ ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถป้องกันสัตว์ แมลงคืบคลานได้	0.25		โดยเฉพาะแต่ ต้องใช้รถคัน เดียวกันขน มูลฝอยทั่วไป	
2.9.3มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วยที่ นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลถูกต้อง	0.25			
2.9.4การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปทำลายนอก รพ.สต. โดยรถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น *กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ โดยเฉพาะชั้นต่ำ ต้องมีกล่อง หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล็อคฝาได้ ใช้ส่งมูลฝอยติดเชื้อ	0.25			
2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียสหรือนำส่งให้หน่วยงาน/ ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอยติดเชื้อได้ มาตรฐาน	0.25			
รวม	20			



แบบประเมินมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ รพ.สต./สต.....อำเภอ.....จ.สระแก้ว

มาตรฐาน	คะแนนที่ประเมินได้					หมายเหตุ
	ไม่ได้ทำ (๐)	ปรับปรุง (๑)	พอใช้ (๒)	ดี (๓)	ดีมาก (๔)	
<b>หมวด ๑ คลังยาและเวชภัณฑ์</b>						
๑.๑.สถานที่เก็บยา คลังยา และห้องยา						
๑.๑.๑ สถานที่เก็บยา คลังยาแยก เป็นสัดส่วน มั่นคง ถาวร และเพียงพอ (คลังใหญ่)	ไม่มีทั้ง ข้อ ๑,๒,๓	มีครบ ๑ ข้อ	มีครบ ๒ ข้อ	มีครบ ๓ ข้อ	มีอื่นๆ เพิ่มเติม	๑.คลังยาควรเป็นพื้นที่เฉพาะสำหรับการเก็บยาและเวชภัณฑ์เท่านั้น ไม่มีวัสดุหรืออุปกรณ์อื่นๆ ๒.กรณีไม่แยกคลังยาและห้องยาควรแยกให้เป็นสัดส่วนเหมาะสม ๓.มีพื้นที่เพียงพอต่อการจัดเรียงเวชภัณฑ์ได้อย่างเป็นหมวดหมู่ ยากิน ยาฉีด ยาใช้ภายนอก <b>เพิ่มเติม** ภาพรวมคลัง การจัดวาง เช่น ยาไม่วางของใต้แอร์ แยกยาออกจากเวชภัณฑ์ชัดเจน</b>
๑.๑.๒ มีระบบป้องกันการ สูญหาย	ไม่มีทั้ง ข้อ ๑,๒,๓	มีครบ ๑ ข้อ	มีครบ ๒ ข้อ	มีครบ ๓ ข้อ	มีครบ ๔ ข้อ	๑.มีประตูที่ล็อกกุญแจได้แน่นหนา ๒.มีผู้รับผิดชอบกุญแจชัดเจน (จำกัดการเข้าถึง) ๓.มีเครื่องดับเพลิงที่พร้อมใช้งาน (สามารถใช้กับจุดอื่นๆ) ๔. ประตูมีกุญแจล็อค ๒ ชั้น (มีกุญแจ ๒ ดอก และมี <u>คำสั่งมอบหมาย</u> ให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอกมาพร้อมกัน) และสำหรับผู้อยู่เวรต้องมีหนังสือมอบหมายให้ถือกุญแจ
๑.๑.๓ สะอาด เป็นระเบียบ	ไม่มีทั้ง ข้อ ๑,๒		มีครบ ๑ ข้อ		มีครบ ๒ ข้อ	๑.สังเกตความสะอาดของคลังยา ไม่มีฝุ่นเกาะ ไม่มีหยากไย่ แมลงและสัตว์กัดแทะ ๒.ประเมินตามหลัก ๕ ส
๑.๑.๔ ป้องกันแสงแดดและความชื้น มีอากาศถ่ายเทสะดวก (คลังใหญ่)	ไม่มีทั้ง ข้อ ๑,๒,๓	มีครบ ๑ ข้อ	มีครบ ๒ ข้อ	มีครบ ๓ ข้อ	มีอื่นๆ เพิ่มเติม	๑.วางชั้นยาไม่สัมผัสแสงแดดโดยตรง ๒.ไม่มีท่อน้ำรั่วผ่าน หรือน้ำรั่วในห้องเก็บยา ไม่มีกลิ่นอับชื้น ๓.มีพัดลมระบายอากาศ/เครื่องปรับอากาศ <b>เพิ่มเติม* ผู้ดูแลคลังยามีแผนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (เช่น ไฟดับ ไฟไหม้ อุณหภูมิ-ความชื้น ออกนอกช่วงที่กำหนด)</b>
๑.๑.๕ มีการควบคุมอุณหภูมิของ <u>คลังยา</u> และ <u>คลังย่อย</u>	ไม่มีทั้ง ข้อ ๑,๒,๓	มี ๑ ข้อ (ข้อ ๑ หรือ ๒ หรือ ๓)	มีครบ ๒ ข้อ		มีครบ ๓ ข้อ	๑. มีบันทึกอุณหภูมิ และความชื้นของคลังยา และคลังย่อย วันละ ๒ ครั้ง <u>ทุกวันต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน</u> ๒. มีเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นที่ได้รับการสอบเทียบอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (มีสัญลักษณ์) ๓.ควบคุมอุณหภูมิ ไม่เกิน ๓๐°C และความชื้นไม่เกิน ร้อยละ ๗๐ <b>*** คลังยาต้องมีเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น คลังยาย่อยต้องมีเครื่องวัดอุณหภูมิ อาจมี/ไม่มีที่วัดความชื้น</b> <b>*** กรณีคลังยาพบ over stock (&gt; ๓ เดือน)</b> <b>คะแนน=๐</b>

มาตรฐาน	คะแนนที่ประเมินได้					หมายเหตุ
	ไม่ได้ทำ (๐)	ปรับปรุง (๑)	พอใช้ (๒)	ดี (๓)	ดีมาก (๔)	
๒.การจัดเก็บเวชภัณฑ์มีความเหมาะสม						
๑.๒.๑ คลังยามีพื้นที่เพียงพอสำหรับจัดเก็บ รับเข้า และเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ได้สะดวก	ไม่มีข้อ ๑	มีข้อ ๑	มีข้อ ๑+๒ หรือ ๑+๓		มีครบ ๓ ข้อ	๑.ไม่วางยาบนพื้นโดยตรง*** ๒. มีชั้นวางยาเพียงพอ ๓.ไม่วางยาบนชั้นที่สูงจนอาจเกิดอันตราย
๑.๒.๒ มีตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์ จัดเก็บยาเป็นหมวดหมู่ชัดเจน เรียงตามอักษร หรือกลุ่มยา	ไม่มี ๑ และ ๒	มี ๑ หรือ ๒	มีข้อ ๑+๒+ ๓	มีข้อ ๑+๒	มีอื่นๆ เพิ่มเติม	๑.จัดเก็บยาตามหมวดหมู่หรือตัวอักษร ๒.มีป้ายชื่อยาที่ชั้นวางยา ๓.มีการดำเนินการครบตามเกณฑ์แต่ยังไม่สมบูรณ์ เพิ่มเติม** มีป้าย/สัญลักษณ์ ยา กันแสง-LASA
๑.๒.๓ เก็บยาในสภาวะที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ	ไม่มีทั้ง ข้อ ๑,๒,๓	มีครบ ๑ ข้อ		มีครบ ๒ ข้อ	มีครบ ๓ ข้อ	๑.มีรายการยาที่ต้องเก็บพ้นแสง ๒.มีรายการยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น ๒°C-๘°C ๓.ไม่มีรายการยาที่ไม่ควรเก็บในตู้เย็น
๑.๒.๔ ยาฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> มีพยาบาล <input type="checkbox"/> ไม่มีพยาบาล	ไม่มีทั้ง ข้อ ๑,๒	มีข้อ ๑+๒ +๓		มีข้อ ๑+๒ +๔	มีข้อ ๑+๒ +๕	๑.มียาฉุกเฉิน เหมาะสมตามบริบทของ CUPS <b>พร้อมใช้</b> <b>งาน</b> (มองเห็น หยิบง่าย) ๒.ระบบการ consult แพทย์ หรือคู่มือแนวทางปฏิบัติกรณีฉุกเฉิน (ไม่ใช่ ๑๖๖๙) ๓.มีครบตามเกณฑ์ แต่ยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ๔.มีครบตามเกณฑ์ แต่รู้เฉพาะผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเท่านั้น ๕.มีครบตามเกณฑ์ และสามารถปฏิบัติได้เหมือนกันทุกคน  <b>แนะนำ** adrenaline มีอายุไม่เกิน ๖ เดือนนับจากวันที่นำออกจาก temp ที่ควบคุม</b>
<b>หมวด ๒ การบริหารงานเวชภัณฑ์</b>						
๒.๑ มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่ายยา (Stock card) และบันทึกข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน หรือโปรแกรมที่ควบคุมการเบิกจ่ายได้	ไม่มีข้อ ๑	มีข้อ ๑+๒		มีข้อ ๑+๓	มีข้อ ๑+๔	๑.ตรวจสอบ <b>stock card</b> ลงรายละเอียดครบถ้วนได้แก่ วัน เดือน ปี จำนวนรับ-จ่าย-คงเหลือ หน่วยงานที่รับมาหรือจ่ายไป  สุ่มนับยาในคลัง ๕ รายการต้องตรงกับจำนวนในบัญชี ๒.มีข้อ ๑+ แต่ยังไม่ครบถ้วนในรายละเอียด stock card ๓.มีข้อ ๑+ ครบถ้วนในรายละเอียด stock card+สุ่มจำนวนไม่ตรงกับบัญชีต่ำกว่า ๔ รายการ ๔.มีข้อ ๑ +ครบถ้วนในรายละเอียด stock card+จำนวนตรงกับบัญชี ๔ รายการขึ้นไป

มาตรฐาน	คะแนนที่ประเมินได้					หมายเหตุ
	ไม่ได้ทำ (๐)	ปรับปรุง (๑)	พอใช้ (๒)	ดี (๓)	ดีมาก (๔)	
๒.๒ ยาในคลังยา มี อัตราคงคลัง ไม่เกิน ๒ เดือน  <b>(***)ต้องมีข้อมูลการใช้ยาที่จ่ายให้รับบริการที่ดึงจาก JHCIS ใช้ช่วงเดือนที่กำหนด</b>	ไม่มีข้อ ๑	มีข้อ ๑+๒	มีข้อ ๑+๓	มีข้อ ๑+๔	มีข้อ ๑+๕	๑. สุ่มนับยาในคลังเวชภัณฑ์ ๕ รายการต้องอัตราคงคลัง ไม่เกิน ๒ เดือน (***) ๒. มีข้อ ๑+ พบรายการยามากกว่า ๒ เดือน จำนวน $\geq$ ๔ รายการ ๓. มีข้อ ๑+ พบรายการยามากกว่า ๒ เดือน จำนวน ๓ รายการ ๔. มีข้อ ๑+ พบรายการยามากกว่า ๒ เดือน จำนวน $\leq$ ๒ รายการ ๕. มีข้อ ๑+ ทุกรายการไม่เกิน ๑ เดือน
๒.๓ การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ	มีข้อ ๑.๑		ต้องไม่มีข้อ ๑.๑  มีข้อ ๑.๒ หรือ ๑.๓		ไม่มีข้อ ๑.๑, ๑.๒, ๑.๓	๑. สุ่มตรวจ รบ.๓๐๑ (Stock Card) และตรวจนับยาในคลังหรือจุดจ่ายยา ๑.๑ ยา Lifesaving drug หรือ ยาฉุกเฉินขาด stock ๑.๒ ยาปฏิชีวนะขาด stock ๑.๓ ยาโรคเรื้อรังขาด stock *** กรณีสุ่มนับแล้วขาดให้ขอดูใบเบิกจาก รพ. ว่าจ่ายไม่ครบตามจำนวนเบิกหรือไม่
๒.๔ การจัดวางยาและหีบยา เป็นไปตามหลัก first expire in first expire out	ไม่มีทั้งข้อ ๑,๒,๓	มีข้อ ๑+๒+๓	มีข้อ ๑+๒+๓+๔	มีข้อ ๑+๒+๓+๕	มีอื่นๆ เพิ่มเติม	๑. สุ่มดูยาบนชั้นวาง ๕ รายการ ๒. สอบถามจากผู้ปฏิบัติ ๓. อายุของยาในคลัง $\geq$ อายุยาที่จุดบริการ ๔. มีข้อ ๑+๒+๓ แต่สุ่มแล้วพบว่าไม่จัดตาม FIFO $>$ ๒ รายการ ๕. มีข้อ ๑+๒+๓ สุ่มแล้วพบว่าไม่จัดตาม FIFO $\leq$ ๒ รายการ <b>เพิ่มเติม**มีสัญลักษณ์/นวัตกรรม FIFO</b>
๒.๕ ไม่มีเวชภัณฑ์เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ ทั้งในคลังยาและจุดบริการผู้ป่วย	ไม่มีข้อ ๑ และ ๒			มีข้อ ๑	มีข้อ ๑+๒	๑. สุ่มตรวจวันหมดอายุ ๕ รายการ ต้องไม่หมดอายุ ๒. มีระบบตรวจสอบยาหมดอายุ กำหนดวันที่อย่างน้อยทุก ๓ เดือน <b>พร้อมบันทึกรายการยาที่ใกล้หมดอายุ ๖ เดือน</b> และระบบแจ้งเตือน เช่น สติกเกอร์เตือน ปฏิทินแจ้งเตือน
๒.๖ ใบเบิกยาจากคลังยาครบถ้วน ถูกต้อง	ไม่มีข้อ ๑.๑, ๑.๒		มีข้อ ๑.๑ หรือ ๑.๒		มีทั้ง ๑.๑ และ ๑.๒	๑. ตรวจสอบใบเบิกจ่ายยา มีการลงรายละเอียดครบถ้วน ๑.๑ ลงข้อมูลวัน/เดือน/ปี, จำนวนคงเหลือ, ขอเบิกจ่าย ๑.๒ ลงนามครบถ้วน ผู้เบิก, ผู้จ่าย, ผู้รับ, ผู้อนุมัติ
<b>หมวด ๓ งานบริการทางเภสัชกรรม</b>						
๓.๑ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบการจัดยาและส่งมอบยา ได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องการชั่งยาและความปลอดภัยด้านยา (อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง)	ไม่มีข้อ ๑	มีข้อ ๑+๒	X	มีข้อ ๑+๓	มีอื่นๆ เพิ่มเติม	๑. รายงานการอบรม หรือแผนการอบรม ๒. มีข้อ ๑ + แต่ไม่ได้ไปอบรมเลย ๓. มีข้อ ๑+ และมีการอบรมอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง <b>เพิ่มเติม* เช่น มีแผนการอบรมในปีหน้า</b>

มาตรฐาน	คะแนนที่ประเมินได้					หมายเหตุ
	ไม่ได้ทำ (๐)	ปรับปรุง (๑)	พอใช้ (๒)	ดี (๓)	ดีมาก (๔)	
๓.๒ มีเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยาของผู้ป่วยให้ถูกต้องปลอดภัย และจุดบริการจ่ายยาควรมี “ความรู้คู่ยา” ที่จำเป็นเพื่อช่วยผู้ปฏิบัติงาน ส่งมอบยาได้ถูกต้อง	ไม่มีทั้งข้อ ๑,๒	มีข้อ ๑ หรือ ๒	มีทั้งข้อ ๑+๒+๓	มีข้อ ๑+๒+๔	<b>มีอื่นๆเพิ่มเติม</b>	๑. มีฉลากช่วย ยาเทคนิคพิเศษ แผ่นพับ เอกสารความรู้เรื่องยา ๒. มีเอกสารที่มองเห็นชัดเจน เช่น ยาในหญิงมีครรภ์ และให้นมบุตร ขนาดยาเด็ก ยาที่ต้องระวัง G-๖-PD และปฏิกริยาระหว่างยา-ยา,ยา-อาหาร ๓.มีข้อ ๑+๒ +แต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ๔.มีข้อ ๑+๒ +ครบถ้วนสมบูรณ์ <b>เพิ่มเติม* สุ่มถามจากความรู้ แล้วตอบได้ หรือค้นหาได้</b>
๓.๓ ยาที่ส่งมอบให้ผู้ป่วยมีฉลากที่มีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุ ชื่อสถานบริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ คำเตือนหรือข้อควรระวัง ในการใช้ยา และวันหมดอายุ	ไม่มีข้อ ๑		มีข้อ ๑+๒	มีข้อ ๑+๒+๓	มีข้อ ๑+๒+๓+๔	๑.กรณีแบ่งบรรจุยาให้ระบุวันหมดอายุของยาไม่เกิน ๑ ปีที่ซองที่แบ่งบรรจุ (ถ้าไม่มี prepack ให้สุ่มถาม) ๒.ภาชนะของยาทุกชนิดที่เปิดแล้วให้ระบุวันหมดอายุ สุ่มดู ยาเม็ด ยาฉีด ยาใช้ภายนอก ๓.สุ่มดูฉลากยา ๕ รายการ ว่ามีข้อมูลครบถ้วนหรือไม่ ๔.มีซองกันแสงสำหรับยาป้องกันแสง <b>**แนะนำ: ยาที่เปิดแล้ว ไม่ควรอยู่ในคลัง</b>
๓.๔ มีระบบป้องกันและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา	ไม่มีข้อ ๑,๒,๓	มีแค่ข้อ ๓	มีข้อ ๑,๒,๓,๔	มีข้อ ๑,๒,๓,๕	มีข้อ ๖	๑.สุ่มดูเวชระเบียนที่มีประวัติแพ้ยาว่ามีการเฝ้าระวังโดย sticker และใน JHCIS/Hosxp PCU ๒.สอบถามการดำเนินการของผู้ปฏิบัติ ๓.ห้องตรวจและห้องจ่ายยามีป้ายแสดงเตือนให้ผู้ป่วยแจ้งการแพ้ยา สามารถเห็นได้ชัดเจน) ๔.มีเวชระเบียน แต่ทำยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ๕.มีเวชระเบียน และทำครบถ้วนสมบูรณ์ ๖. Update ข้อมูลแพ้ยาตามแนวทาง CUPs
<b>หมวด ๔ งานคุ้มครองผู้บริโภค</b>						
๔.๑ ข้อมูลพื้นฐานงานคุ้มครองผู้บริโภคได้แก่ ทะเบียนสถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหาร/สถานที่ผลิต/ขายเครื่องสำอาง ร้านชำ ร้านขายยา สถานีวิทยุชุมชน ภาควิชาเครื่องสำอาง	ไม่มี	มีแต่ไม่ครบ	มีครบไม่ปัจจุบัน	มีครบเป็นปัจจุบัน	<b>มีเพิ่มเติม</b>	๑. ตรวจสอบทะเบียนข้อมูลพื้นฐานต่างๆ เช่น - ทะเบียนร้านค้า - ร้านขายยา - สถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหาร - สถานที่ผลิต/จำหน่าย เครื่องสำอาง <b>***เพิ่มเติม เช่นมีกิจกรรมให้ความรู้จากรพ.สต.หรือ รพ.</b>
๔.๒ มีแผนปฏิบัติงาน และโครงการแก้ไขปัญหาลิขสิทธิ์สุขภาพในชุมชน	ไม่มี		มีแต่ยังไม่ดำเนินการ		<b>มีและดำเนินการ</b>	๑. ตรวจสอบแผนปฏิบัติงาน/โครงการฯ
๔.๓ มีการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพ	ไม่มี	มีข้อ ๑ หรือ ๒		มีทั้งข้อ ๑,๒	<b>เพิ่มเติม</b>	๑.บันทึกการตรวจแนะนำร้านค้าและสถานประกอบการ บันทึกเรื่องร้องเรียน ๒. รายงานการตรวจสอบย้อน <b>**เพิ่มเติม เช่น มีกิจกรรมให้ความรู้จากรพ.สต.หรือ รพ.</b>
คะแนนรวม ทั้งหมด ๒๒ ข้อ (ทั้งหมด ๘๘ คะแนน)	.....	.....	.....	.....	.....	คะแนนรวม =.....คะแนน.....% ๘๐% ผ่านคือ ๗๐.๔

แบบประเมินการบริหารวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็น

ที่	รายการประเมิน	คะแนนที่ประเมินได้			ข้อเสนอแนะ
		ไม่ได้ทำ(๐)	ดี (ยังไม่สมบูรณ์) (๑)	ดีมาก (สมบูรณ์ ครบถ้วน)(๒)	
๑	การจัดทำใบเบิกวัคซีน				
	๑.๑ ใช้ใบเบิก ว.๓/๑ ที่กรมควบคุมโรคกำหนด (ใช้สูตรคำนวณ)				
	๑.๒ กรอกข้อมูลในใบเบิก ว.๓/๑ ครบถ้วนทุกช่อง (กรอกทุกช่อง ยกเว้น "ที่ต้องการใช้" "ที่ขอเบิก" "อัตราการสูญเสีย" ใช้สูตรคำนวณ)				
	๑.๓ คำนวณจำนวนที่ขอเบิก และอัตราสูญเสียได้ถูกต้อง (จากสูตรคำนวณ และ DTP-HB+DTP =OPV)				
	๑.๔ ความสอดคล้องของปริมาณการเบิกและการใช้วัคซีน โดยพิจารณาจากจำนวนเป้าหมายการเบิกวัคซีนใกล้เคียงกับจำนวนผู้รับบริการ				
๒	การจัดทำทะเบียนรับ-จ่ายหรือ Stock card (ตรวจสอบวัคซีนทุกชนิด )				
	๒.๑ แยกเป็นรายวัคซีน				
	๒.๒ บันทึก เลขที่วัคซีน ทุกครั้งที่ รับ-จ่าย วัคซีน				
	๒.๓ บันทึก วันหมดอายุ ทุกครั้งที่ รับ-จ่าย วัคซีน				
	๒.๔ จ่ายวัคซีนแบบ First Expire First Out (FEFO)				
	๒.๕ วัคซีนที่มีอยู่ในตู้เย็นมี ยอดคงเหลือเป็นปัจจุบัน (จำนวนวัคซีนในตู้เย็นตรงกับทะเบียนรับ-จ่าย และตรงกับใบเบิก ว.๓/๑)				
	๒.๖ ปริมาณวัคซีนในตู้เย็นมี ไม่เกิน ๑ เดือน หลังวันให้บริการ (ดูอัตราการใช้เฉลี่ยย้อนหลัง ๓ เดือน จากทะเบียนรับ-จ่าย หรือ Stock card)				
	๒.๗ ไม่มีวัคซีนหรือตัวทำลายที่หมดอายุในตู้เย็น				
๓	ตู้เย็น				
	๓.๑ ตู้เย็นที่มีฝาประตูทึบแสงขนาดความจุ ไม่ต่ำกว่า ๕ คิว				
	๓.๒ บันทึกอุณหภูมิตู้เย็นทุกวัน วันละ ๒ ครั้ง เข้า-เย็น (ไม่เว้นวันหยุดราชการ) ทั้งช่องธรรมดา และช่องแช่แข็ง โดยใช้แบบบันทึกอุณหภูมิแบบกราฟของcup				
	๓.๓ อุณหภูมิตู้เย็นอยู่ในระหว่าง +๒ ถึง +๘ °C (จาก data loggerและแบบบันทึก)				
	๓.๔ อุณหภูมิตู้เย็นช่องแช่แข็ง อยู่ในระหว่าง -๑๕ ถึง -๒๕ °C (จากแบบบันทึก)				

ที่	รายการประเมิน	คะแนนที่ประเมินได้			ข้อเสนอแนะ
		ไม่ได้ทำ (๐)	ดี (ยังไม่ สมบูรณ์) (๑)	ดีมาก (สมบูรณ์ครบถ้วน) (๒)	
	๓.๕ ในช่องแช่แข็งไม่มีน้ำแข็งเกาะหนาเกิน ๕ มม.				
	๓.๖ ใส่ขวดน้ำที่มีฝาปิด (ปริมาณน้ำไม่ต่ำกว่า ๓ ใน ๔ ของขวด) หรือ Cool Pack ไว้ให้เต็มในช่องแช่แข็ง หรือ ฝาประตูตู้เย็น เพื่อเก็บรักษาอุณหภูมิตู้เย็น				
	๓.๗ ตั้งตู้เย็นให้มีระยะห่างจากฝาผนัง ทั้ง ๓ ด้าน ไม่ต่ำกว่า ๖ นิ้ว				
	๓.๘ ปลั๊กตู้เย็น มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้ มี Breaker เฉพาะของตู้เย็น หรือ ตู้เย็นใช้เต้าเสียบ ชนิดเดี่ยว (ไม่ใช่ปลั๊กต่อพ่วง) พันเทปกาวปิดทับให้ แน่น หรือ ตู้เย็นใช้หลายเต้าเสียบ (ไม่ใช่ปลั๊กต่อ พ่วง) ให้ใช้เทปกาวปิดช่องที่เหลือ				
	๓.๙ ไม่มีอาหารหรือยาอื่นเก็บในตู้เย็นวัคซีน <b>**ยกเว้น น้ำกลั่น และจุดที่ใช้หยด OPV สามารถ เก็บได้</b>	มีอาหาร	มียาที่ต้องแช่ เย็น (ที่ CUP กำหนด)	ไม่มีทั้งคู่	
๔	การจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นตามมาตรฐาน				
	๔.๑ เก็บวัคซีนแยกเป็นสัดส่วนแต่ละชนิด				
	๔.๒ มีป้ายแสดงชื่อของวัคซีนแต่ละชนิด				
	๔.๓ เก็บวัคซีนมีช่องว่างให้ความเย็นไหลเวียนได้ ทั่วถึง	กล่องปิดฝา	กล่องเปิดฝา	ตะกร้า	
	๔.๔ เก็บวัคซีนชนิดไวต่อแสง (BCG, MMR, M) ไว้ ในกล่องทึบแสง เช่น กล่องวัคซีน/กล่องกระดาษ หรือซองสีขาที่ป้องกันแสง				
	๔.๕ ถาดได้ช่องแช่แข็ง ช่องผัก และประตูตู้เย็น ไม่ เก็บ วัคซีนทุกชนิด (ยกเว้นตัวทำละลาย)				
	๔.๖ เก็บวัคซีนตามแผนผังของกรมควบคุมโรค				
	๔.๗ ในช่องแช่แข็งเก็บ OPV <b>** ห้ามแช่แข็ง IPV**</b>				
	๔.๘ ชั้นที่ ๑ (นับจากบน) เก็บวัคซีน MMR, M, BCG				
	๔.๙ ชั้นที่ ๒,๓,๔ เก็บวัคซีนทุกชนิด ยกเว้น OPV				
	๔.๑๐ วัคซีนที่เปิดใช้แล้วให้เก็บในตู้เย็นเหมือน วัคซีนปกติ โดยแยกจากวัคซีนอื่นๆ ที่ยังไม่ได้ใช้ ไว้ ๑ เดือน		มีขวดล้มหรือนอนบนเบื่อนกัน	ตั้งขวด/ใส่ช่องซิบบแยกชนิด	

ที่	รายการประเมิน	คะแนนที่ประเมินได้			ข้อเสนอแนะ
		ไม่ได้ทำ (๐)	ดี (ยังไม่ สมบูรณ์) (๑)	ดีมาก (สมบูรณ์ครบถ้วน) (๒)	
๕	กระดิกวัดชื้น และ Ice pack				
	๕.๑ มีกระดิกวัดชื้นที่มีมาตรฐาน (สนับสนุนจาก สปสช.)				
	๕.๒ มีฟองน้ำปิดด้านบน และได้ใช้ประโยชน์เมื่อ ให้บริการผู้ป่วย	ฟิวเจอร์บอร์ด/ไม่มี ฟองน้ำ			
	๕.๓ มี Ice pack อย่างน้อย ๔ อัน ที่ขนาดพอดีกับ กระดิก				
	๕.๔ Ice pack ทั้ง ๔ อัน บรรจุอยู่ในช่องแช่แข็ง สภาพพร้อมใช้งาน				
๖	Data logger				
	๖.๑ วาง data logger ไว้กับ DTP-HB ในตู้เย็น และ Probe อ่านอุณหภูมิลอยกลางอากาศ		Probe ไม่ลอย	Probe ลอย	
	๖.๒ วาง data logger ไว้กับ DTP-HB และวัดชื้น อื่นๆ ในกระดิกขณะให้บริการ				
๗	การบริหารจัดการวัดชื้นด้านอื่นๆ				
	๗.๑ มีผังควบคุมกำกับการปฏิบัติงานกรณีเกิด เหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น ติดไว้ในที่ มองเห็นชัด โดยระบุชื่อและเบอร์โทรของ ผู้รับผิดชอบ				
คะแนนรวม (ทั้งหมด ๓๔ คะแนน) ทั้งหมด ๓๗ ข้อ ๘๐% ผ่าน คือ ๕๙.๒ คะแนน		.....	.....	.....	รวม..... คะแนน .....%

**เอกสารที่ รพ.สต. ต้องเตรียมพร้อมเพื่อประกอบการประเมิน**

- **อัตราการใช้ยาช่วงวันที่ ๑ ถึง ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐.ที่ print จาก JHCIS**

- คำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือกุญแจคนละดอกมาพร้อมกัน /หนังสือมอบหมายให้ถือกุญแจสำหรับผู้อยู่เวร
- แบบบันทึกอุณหภูมิ/ความชื้น คลังยาใน/นอก , แบบบันทึกอุณหภูมิตู้เย็น / Data logger/ ช่องแช่แข็ง
- รายการยาที่ต้องเก็บพันแสงหรือป้องกันแสง /รายการยาที่ต้องเก็บในตู้เย็น ๒°C-๘°C
- คู่มือแนวทางปฏิบัติกรณีฉุกเฉิน (ถ้ามี)
- บัญชีควบคุมการเบิกจ่ายยา (Stock card) ของยาและวัคซีน กรณีไม่มี ให้เตรียมแบบ บส. ๑๐, รบ. ๓๐๑ ลงรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ วัน เดือน ปี จำนวนรับ-จ่าย-คงเหลือ หน่วยงานที่รับมาหรือจ่ายไป
- ใบเบิกจ่ายยามีการลงรายละเอียดครบถ้วน ลงข้อมูลวัน/เดือน/ปี, จำนวนคงเหลือ, ขอเบิกจ่าย, ลงนามครบถ้วน ผู้เบิก, ผู้จ่าย, ผู้รับ, ผู้อนุมัติ
- เอกสารให้ความรู้ (ฉลากช่วย/ยาเทคนิคพิเศษ /ยาในหญิงมีครรภ์และให้นมบุตร/ ขนาดยาเด็ก/ ยาที่ต้องระวัง G-๖-PD/ ปฏิกริยาระหว่างยา-ยา,ยา-อาหาร)
- เวชระเบียนผู้ป่วยแพ้ยา
- รายงานการอบรม หรือแผนการอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้ยาและความปลอดภัยยาด้านยา
- ทะเบียนข้อมูลพื้นฐานต่างๆ เช่น ทะเบียนร้านค้า ร้านขายยา สถานที่ผลิต/จำหน่ายอาหาร สถานที่ผลิต/จำหน่ายเครื่องสำอาง
- แผนปฏิบัติงาน และโครงการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน
- บันทึกการตรวจแนะนำร้านค้าและสถานประกอบการ/บันทึกรับเรื่องร้องเรียน/รายงานการตรวจสารปนเปื้อน
- แบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา
- อื่นๆ ที่ รพ.สต. ได้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการบริหารระบบยาของตนเอง

**สรุปการประเมินด้านระบบยา**

สิ่งที่น่าชื่นชม

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

โอกาสการพัฒนา

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ .....

ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ .....

วันที่ ...../...../๒๕๖๐



**แบบประเมินระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข  
ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ปี 2560 (ฉบับแก้ไข)**

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

ผนวก ง-2 LAB

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไป	
1. ชื่อหน่วยบริการ	6. ประเภทหน่วยงาน ( ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาด รพ.สต. ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่ ( )รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด รพ.สต. ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่ ( )ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. ( ) รพศ. (ระบุชื่อ รพ.)..... ( ) รพท. (ระบุชื่อ รพ.).....
2. ที่อยู่	( ) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ( ) ศูนย์บริการสาธารณสุข ( ) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
3. เครือข่ายบริการสุขภาพที่.....	
4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก)	
5. สังกัด ( ) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) ( ) กรม (ระบุ) ..... ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....	
7. อัตรากำลังของบุคลากร	8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้
7.1 ข้าราชการจำนวน ..... คน	8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ..... คน
7.2 พนักงานราชการ จำนวน ..... คน	8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน .....คน
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 จำนวน .....คน
7.6 อื่นๆ (ระบุ).....จำนวน ..... คน	8.6 นักแพทย์แผนไทย จำนวน .....คน
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. การตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)	( ) มี ( ) ไม่มี
5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab	( ) มี ( ) ไม่มี

**ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ**

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

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนนที่ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
<b>1. บุคลากร ☆</b>							
1	<p>1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในรพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม <p>1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยง โดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน</li> </ul> </li></ul>	3	ผู้ปฏิบัติทุกคนได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการอบรม/สอน	
2	<p>1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน</li> </ul>	1	มี		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน	
3	<p>1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง. วิทยาลัยฯ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถติดต่อขอความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้</li> </ul>	1	มีพร้อมบันทึกการขอรับคำปรึกษา		ไม่มี	มีหลักฐานระบุชัดเจน	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนน ที่ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
<b>2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน</b>							
4	2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ</li> </ul>	1	แยกเป็นสัดส่วน		ไม่เป็นที่เป็นทาง	ดู,สังเกต,ถาม	
5	2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้</li> </ul>	1	Hct Centrifuge วางที่มั่นคง สะดวกใช้งาน	มั่นคงแต่มีความชื้น แดดส่อง	ไม่มั่นคง	ดู,สังเกต,ถาม,ลองขยับ	
<b>3. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ ☆</b>							
<b>3.1 วัสดุ นํ้ายา</b>							
6	3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บ วัสดุ และชุดนํ้ายาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอถูระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกันกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง</li> </ul>	2	มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่าย	หลักฐานการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม	
7	3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของนํ้ายาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับนํ้ายา</li> </ul>	1	มีระบุไม่หมดอายุ	มีไม่ทุกชิ้น	ไม่มี	ดู,สังเกต,ถาม	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก (ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนนที่ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
3.2 เครื่องมือทดสอบ							
8	3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญเช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัท จำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน</li> </ul>	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม	
9	3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา <ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ.สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต. เองก็ได้ ต้อง รวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย</li> </ul>	1	มี	มีไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม	
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆							
10	3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน <ul style="list-style-type: none"> <li>มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ</li> <li>เครื่องปั่น Hct สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ</li> <li>นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง</li> <li>มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที)</li> </ul>	3	มีครบ	มีแต่ไม่สมบูรณ์	ไม่มี	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม	
			มีและสอบเทียบ มีหลักฐานแสดง	มีไม่สอบเทียบ	ไม่มีหลักฐานแสดง	หยิบดูทดสอบสังเกต,ถาม ดูเอกสารหรือ sticker แสดง	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก(ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนน ที่ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว							
11	3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยาบดู,สังเกต,ถาม	
12	3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	1	มีอย่างน้อย 1 อัน		ไม่มี	หยาบดู,สังเกต,ถาม	
3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ							
13	3.4.1 มีแถบวัดSugar,Proteinในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและมีการใช้งานพิก้าจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือหมดอายุ	หยาบดู,สังเกต,ถาม	
3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)							
14	3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุและมีการใช้งานพิก้าจับเวลา	1	มีและ ไม่หมดอายุ	มี ปนกัน	ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ	หยาบดู,สังเกต,ถาม	
15	3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) ● ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่หักคะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไข	1	มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง		ไม่มีหรือมีไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง	หยาบดูถาม	
การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)							
16	3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	1	มี ใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์	หยาบดูถาม	
3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ) ☆							
17	3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/พิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้พิวส์ให้มีพิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง ● เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีพิวส์ ให้มีพิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้พิวส์สำรองแปรงถ่าน	1	มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีตรวจสอบ	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก(ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนน ที่ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
18	3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> <li>capillary tubeสำหรับใช้ตรวจHctต้องไม่หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน)</li> </ul>	1	มีและไม่มีหมดอายุ	-	ไม่มี	หยาบดู	
19	3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> <li>ดินน้ำมันไม่ใช่ดินน้ำมันธรรมดา ให้สาริการใชงานจริง</li> </ul>	1	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หยาบดู	
20	3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด	1	มีเป็น lancetหรือเข็มเฉพาะเจาะปลายนิ้ว		ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว	หยาบดู	
21	3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	1	มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1ครั้ง	มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ	ไม่มี	ดูเอกสารหรือ sticker สอบเทียบสังเกต	
<b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ</b>							
22	4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้</li> </ul>	2	มีคู่มือ		ไม่มี	ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม	
23	4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจโดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียว เบ็ดเสร็จ ส่งเอง ตรวจสอบไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ</li> </ul>	1	มี รายละเอียดครบ	มีแต่ไม่มีรายละเอียดที่สำคัญ	ไม่มีหรือมีแต่ไม่มีรายละเอียดครบตามที่ระบุ	หยาบดู	

ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก(ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนน ที่ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
<b>4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)</b>							
24	4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอด เก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	1	มีและแห้ง สะอาด ใช้ครั้ง เดียว		ไม่มีหรือมีแต่ ไม่สะอาดไม่ แห้งไม่ใช้ครั้ง เดียว	หยาบ ดู ถาม	
25	4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบ ส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลา ที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณี ส่งต่อให้ รพ.ที่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่ง วันที่โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น</li> </ul>	1	มี รายละเอียด ครบ	มีแต่ รายละเอียด ไม่ครบ	ไม่มี	หยาบ ดู ถาม	
<b>5. ขั้นตอนการทดสอบ</b> ☆							
26	5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิด ให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>• คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้อง มีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ</li> </ul>	2	มีครบทุกการ ทดสอบ	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี	หยาบ ดู ตรวจสอบ ถาม	
27	5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> <li>• บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจ วิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้ สาธิต</li> </ul>	2	ปฏิบัติตาม ขั้นตอน ถูกต้อง		ไม่ปฏิบัติ ตาม ขั้นตอน หรือ ปฏิบัติไม่ ถูกต้อง	ให้ปฏิบัติ หรือบรรยาย ขั้นตอน สังเกต,ถาม	

ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก(ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนนที่ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
<b>6. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆</b>							
28	6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) ทำเมื่อมีการเปลี่ยน Lot. และการบันทึกผล IQC ใน Worksheet สามารถบันทึกแยกแบบฟอร์ม หรือ บันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input &amp; process)ตรวจวิเคราะห์ แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC</li> </ul>	3	ทำIQC ทุก การทดสอบ ความถี่เดือน ละ1ครั้ง	ทำไม่ครบ หรือครบทุก การทดสอบ แต่หรือ ความถี่ไม่ได้ ตามกำหนด	ไม่มีการ ทำIQCเลย	ดู ,สังเกต ,ถาม ดูหลักฐาน	
<b>6. การประกันคุณภาพการทดสอบ (ต่อ) ☆</b>							
29	6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบ ผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึก ทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ออกตรวจ อาจไม่ ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ</li> </ul>	2	ทำEQAหรือ Lab comparison ทุกการ ทดสอบ	มีแต่ทำไม่ ครบทุกการ ทดสอบ	ไม่มีการ ทำเลย	ดู ,สังเกต,ถาม ดูหลักฐาน	
30	6.3กรณี que พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การ ควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออก นอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการ แก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพ ออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ</li> </ul>	1	มีการหา สาเหตุ แก้ไข และป้องกัน	มีแต่ไม่ สมบูรณ์	ไม่มีการ ดำเนินกา ร	ขอฉบับที่ก การ ดำเนินการ	
<b>7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย</b>							
31	ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัย ทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง <p>7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตาม มาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการมีป้ายฆ่าเชื้อ โคร</p> <p>7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและ ความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็ม ทิ่มตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น</p>	1  1	มีการทำลาย ตัวอย่าง ถูกต้อง มีการใช้ มีคู่มือหรือWI		ไม่มี แนวทาง หรือทำไม่ ถูกต้อง  ไม่มี	ถาม ให้ อธิบาย สังเกต หลักฐาน แวดล้อม  ถามหาเพื่อ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง	



ข้อ ที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	น้ำหนัก(ก)	ค่าคะแนน (ข)			หลักฐาน	คะแนนที่ ได้
			มีครบ	มีบางส่วน	ไม่มี		
			(2คะแนน)	(1คะแนน)	(0คะแนน)		
<b>8. การรายงานผลการทดสอบ</b>							
32	8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบ กรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่า วิกฤติ <ul style="list-style-type: none"> <li>มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการ อ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ กรณี ทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใคร เป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรอง รายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คน ช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนนทั้งนี้ ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต.ในการ เจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย</li> </ul>	2	มีทะเบียน หรือ เอกสารที่ ตรวจสอบผล หรือรายงาน ได้	มีแต่ไม่ สมบูรณ์	ไม่มีหลักฐาน แสดง	ถามหา เพื่อดู ตรวจสอบ ความ ถูกต้อง	
33	8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วย ครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมา กรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้</li> </ul>	2	ใบรายงานมี ข้อมูล ครบถ้วน	มีแต่ข้อมูล ไม่ครบถ้วน	ไม่มีใบรายงาน ผล	ถามหา เพื่อดู ตรวจสอบ ความ ถูกต้อง	
34	8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตาม ระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> <li>เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี</li> </ul>	1	มีสำเนา รายงานผล		ไม่มี	ถามหา เพื่อดู ตรวจสอบ ความ ถูกต้อง	
35	8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการ ตรวจกรณีส่งส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	2	มีทะเบียนการ ส่งต่อและผล การตรวจ	ไม่มี ทะเบียนแต่ สามารถ ค้นหาจาก ระบบได้ ครบถ้วน	ไม่มีและค้นหา ไม่ได้	ถามหา เพื่อดู ตรวจสอบ ความ ถูกต้อง	

รวม	
ผลรวมคะแนน	
สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล	
คะแนนเต็ม	
คะแนนที่ได้	
คิดเป็นร้อยละ	

( ) ไม่ผ่านเกณฑ์ ( ) ผ่านเกณฑ์ ได้คะแนน ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

### โปรดลงชื่อตัวบรรจง

- 1.).....ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- 2.).....ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....
- 3.).....ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....  
วันที่ให้ข้อมูล .....
- 1.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน/เสริมพลัง  
ตำแหน่ง.....
- 2.)..... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน/เสริมพลัง  
ตำแหน่ง.....  
วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

### หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและพี่เลี้ยง

1. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
2. แนวทางการทำQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ.ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
4. การทำQCของHctให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input & process)ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเรื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรือ อาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคู่ไปด้วยก็ได้

5.การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย รพช./รพท./รพศ./CUPเป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผล ระหว่างห้องปฏิบัติการ (interlab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง(สมป.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ ได้รับการรับรองปี2557)

6.ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้

- 6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
- 6.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (20 คะแนน)

ประเด็น	คะแนนเต็ม	คะแนนได้
<p>1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งานทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเรื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- น้อยกว่า 1:0.50 = 1 คะแนน      - 1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน</li> <li>- 1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน      - 1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน</li> <li>- มากกว่า 1:0.80 = 5 คะแนน</li> </ul>	5	
<p>2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน</li> <li>- มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 1 คะแนน</li> <li>- มี = 3 คะแนน</li> </ul>	3	
<p>3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต. ( 1 เดือน ก่อนการประเมิน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน</li> <li>- มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน</li> </ul>	5	
<p>4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมีปัญหา</p> <p>4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน      - มี 1 คะแนน</li> </ul> <p>4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Server ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน      - มี 1 คะแนน</li> </ul> <p>4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (UPS) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี = 0 คะแนน      - มี 1 คะแนน</li> </ul>	3	
<p>5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน</li> <li>- มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 2 คะแนน</li> </ul>	2	
<p>6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีระบบ = 0 คะแนน</li> <li>- มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 2 คะแนน</li> </ul>	2	
<b>รวม</b>	<b>20</b>	

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (20 คะแนน)

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

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	<p>2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ</p> <p>ทราบความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Health Need) ประเด็นปัญหาหรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีการนำฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ</p>	(2)		สัมภาษณ์กระบวนการได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) วิธีการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน/ การบันทึกประเด็นปัญหา	ODOP (One District One Project/Program) หมายถึง ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่เป็นปัญหาร่วมและมีการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วน คำว่า One District One Project ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (trigger) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆและประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ
	- ไม่มีการค้นหาความต้องการของประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP)	0			
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	1			- มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็น ODOP อย่างน้อย 1 เรื่อง และมีการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามประเด็น OTOP อย่างน้อย 1 เรื่อง
	- ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP/OTOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ	2			

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับ ประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	<b>2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย</b>	(2)		- บันทึกการประชุมกลุ่ม	“การประสานงาน” หมายถึง การจัดระเบียบวิธีการทำงาน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่าย ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็น หนึ่งเดียวกันเพื่อลดความขัดแย้ง ในการทำงาน ดำเนินไปด้วย ความราบรื่นสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ในการทำงาน ร่วมกันหรือการติดต่อสื่อสารให้ เกิด ความคิด ความเข้าใจ ตรงกันในการร่วมมือปฏิบัติงาน ให้สอดคล้อง ทั้งเวลา และ กิจกรรมที่จะต้องกระทำให้ บรรลุวัตถุประสงค์และมี ประสิทธิภาพเพื่อให้งานดำเนิน ไปด้วยความราบรื่น
	มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงาน ระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการ การสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์ อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม				
	- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย	0			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงาน ระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการ การสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์ อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่าง เป็นรูปธรรม	1			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงาน ระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการ การสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์ อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่าง เป็นรูปธรรม	2			
	<b>2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย</b>	(2)			
มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานกับ ภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการ สาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงาน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากร สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม					
- ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับ ภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการ สาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ	0				



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	1			
	- มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันท่วงที มีผังการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม	2			
	<b>2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม</b>	<b>(2)</b>		สัมภาษณ์/สอบถามการ	<b>การมีส่วนร่วม หมายถึง</b> กระบวนการ ที่ทำให้บุคคลสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนร่วมดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคล ภายนอกหรือองค์กรที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอน
	<b>ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม</b>			สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย/ภาพถ่ายหลักฐานในดำเนินงานร่วมกัน/ระบบงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและ	
	- ชุมชน ภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบดูแลสุขภาพ	0		บทบาทของภาคีเครือข่ายต่างๆที่มาร่วม	
	- ชุมชนภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิดระบบและยังไม่มีผลการประเมินผลที่เกิดกับสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม	1		ในการดำเนินการ	
	- ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม	2			
					<b>ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ</b> หมายถึง ชุมชนคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ และคณะกรรมการบริหาร รพ.สต.

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	<p>2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน</p> <p>มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียน</p> <p>มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้การแก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วทั้งที่ ลดความไม่พึงพอใจ มี การรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร</p>	(2)		<p>สอบถามวิธีการสร้าง ความสัมพันธ์กับชุมชน/ ผลการประเมินความพึงพอใจ/ การวิเคราะห์ผล/ การปรับปรุงวิธีการสร้าง ความสัมพันธ์และ ปรับปรุงในประเด็นที่ไม่พึงพอใจ</p>	<p>ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะมีความคาดหวังกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีจะมีความพึงพอใจมากแต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจไว้ว่าจะมีมาก</p>
	- ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และการวัดความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และไม่มีจัดการข้อร้องเรียน	0			
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนาองค์กร	1			
	- มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ มีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้การแก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วทั้งที่ ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร	2			
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>10</b>			

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

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

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล	<b>3.1. มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ</b>	(2)		สัมภาษณ์/สอบถาม / เอกสารในการกำหนด คุณลักษณะที่จำเป็นของ บุคลากร/แนวทางการ สรรหาบุคลากร การมอบหมายหน้าที่ การงาน	“ระบบงาน” หมายถึง วิธีการจัดโครงสร้างและระบบ การทำงานของบุคลากรใน องค์กร ทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการเพื่อให้การ ปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจ และเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์  การจัดการระบบบริหารงาน หมายถึง การจัดระบบงานทั้งที่ เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความ ร่วมมือความคิดริเริ่มการ กระจายอำนาจการตัดสินใจ นวัตกรรมความคล่องตัว และ ทันต่อความต้องการของ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วน เสียอยู่เสมอ (การจัดการระบบงาน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็น ทางการ)  การแบ่งระดับ รพ.สต. ดูได้จาก เอกสารแนบท้ายหมวด 3
	1. มีการประเมินอัตรากำลังบุคลากรใน รพ.สต. ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปฐมภูมิของ สปสช.ให้เหมาะสมกับระดับของ รพ.สต.				
	2. มีการจัดระบบบริหารบุคลากรโดย คณะกรรมการที่ถูกแต่งตั้งในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่ เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามภาระหน้าที่				
	3. มีการกำหนดความรับผิดชอบอำนาจ หน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุม กระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มี คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่ จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาท ภารกิจที่ต้องการมีวิธีการสรรหา ว่าจ้าง และ รักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการมีวิธีการ สร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่ บุคลากรอย่างเป็นธรรม และมีแผนการพัฒนา บุคลากร				
	- ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มี แผนการจ้างงาน ความก้าวหน้า และไม่มี แผนการพัฒนาบุคลากร	0			
- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร แต่ไม่มี แผนการจ้างงาน ความก้าวหน้า และไม่มี แผนการพัฒนาบุคลากร	1				
- มีการจัดระบบบริหารบุคลากร และมี แผนการจ้างงาน ความก้าวหน้า และมีแผน การพัฒนาบุคลากร	2				
	<b>3.2 มีการสร้างความผาสุกและความพึงพอใจ แก่บุคลากร</b>	(2)		ผลการประเมิน ความพึงพอใจ/ ความผูกพัน วิธีการสร้าง ความผูกพัน ความพึง พอใจ และความผาสุก ของหน่วยงาน	ความผูกพันและความพึงพอใจ ของบุคลากร หมายถึง ระดับ ของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์ และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ของ องค์กรบรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากร หรือใช้คำว่า “ ร่วมด้วย
	มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมใน การทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการ				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล	- ไม่มีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงาน บุคลากรไม่มีความสุขและไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	0			ช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้าง ความสัมพันธ์ การสร้าง
	- มีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงาน จัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน แต่บุคลากรในองค์กรไม่มีความสุข ไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน	1			ความพึงพอใจ การเสริมสร้าง วัฒนธรรมองค์กร การบริหาร ค่าตอบแทน การสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรมบุคลากรที่มี
	- มีการจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความสุข ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	2			ความพึงพอใจและความผูกพัน กับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วน หนึ่งขององค์กรงานที่ได้รับ มอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อ ความสำเร็จของงาน
3.3 มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ของบุคลากรและการประเมินผลการปฏิบัติงาน	(3)		พิจารณาจากผลการ ปฏิบัติงานของบุคลากร	ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ของบุคลากร ควรพิจารณา ประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน	
3.3.1 มีการจัดระบบพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากรตามความจำเป็น	(1)		แต่ละคน และผลการ ดำเนินงานขององค์กร/	การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และพัฒนา การประเมินและปรับปรุงวิธีการทำงาน การแลกเปลี่ยนวิธีการ	

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล	จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากรมีการ ค้นหาความจำเป็น และความต้องการในการ ฝึกอบรมการจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการ พัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้ง การประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการ พัฒนาตาม ที่กำหนด			สัมภาษณ์รูปแบบและ วิธีการสร้างการเรียนรู้ ของบุคลากร/ การจัดการเรื่อง ความก้าวหน้าของ บุคลากร	ทำงานที่ดี และการจัดระดับ เทียบเคียง (benchmarking) รูปแบบการพัฒนาบุคลากรอาจ ทำได้ทั้งภายในและภายนอก องค์กร อาจเป็นการฝึกอบรม ระหว่างการทำงาน การเรียน ในห้องเรียน การเรียนจาก คอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและ ฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรม อาจจะเกิดจากการได้รับ มอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือ นอกองค์กร
	- ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของ บุคลากร	0			
	- จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากรมีการ ค้นหาความจำเป็น และความต้องการในการ ฝึกอบรมการจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการ พัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจรวมทั้ง การประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการ พัฒนาตามที่กำหนด	1			
	<b>3.3.2 มีระบบการประเมินผล การ ปฏิบัติงานของบุคลากร</b>	<b>(2)</b>			
	มีการจัดระบบการประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้ บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและ ปรับปรุงการทำงานมีแนวทางในการยกย่อง ชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุน ให้บุคลากรมีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มี ประสิทธิภาพ มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้นผล ประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			พิจารณาจาก 1. ตัวชี้วัดผล การปฏิบัติงาน 2. ทำข้อตกลงในการ ปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่ง ถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับ องค์กรสู่ระดับบุคคล (Individual Scorecard) โดย ผู้บังคับบัญชาและผู้ ใต้บังคับบัญชา 3. คณะกรรมการ พิจารณากลับกรองผล การประเมินเพื่อให้เกิด มาตรฐานและความเป็น ธรรม 4. หลักเกณฑ์	
- ไม่มีระบบการประเมินผล การปฏิบัติงาน ของบุคลากร	0				
- มีการจัดระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรอย่างโปร่งใส แต่ไม่มีการแจ้งผล การประเมินให้บุคลากรทราบ	1				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	- มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรมมีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ	2		การประเมินและผล การประเมินให้บุคลากรรับทราบ 5. ผู้บังคับบัญชานำผลการประเมินไปพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือนให้รางวัลใจ และ การบริหารงานบุคคลเรื่องอื่นๆ และการนำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีดสมรรถนะและผลสัมฤทธิ์ การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น	
หมวด 3 การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล	<b>3.4 มีการเสริมพลังประชาชนและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care)</b>	(3)		สัมภาษณ์/สอบถาม/เอกสารเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส/ แผนการดำเนินงาน/ ภาพกิจกรรม	Health Empowerment หรือ "การเสริมพลังสร้างสุขภาพ" หมายถึง กระบวนการที่จะให้กลุ่มเป้าหมาย สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตน มาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
	บุคลากรมีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน เพื่อให้ประชาชนนำไปดูแลครอบครัวและตนเองได้				
	- ไม่มีการถ่ายทอดความรู้	0			
	- การวางแผนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน	1			Self care หรือการดูแลสุขภาพตนเอง เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) ให้ความหมายว่าเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน
	- มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน	2			
- มีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส และการบริการทั้งภายในสถานบริการ การบริการในชุมชน เพื่อให้ประชาชน	3				

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	นำไปดูแลครอบครัวและตนเองได้				
	<b>รวมคะแนน</b>	<b>10</b>			

### เอกสารแนบท้ายหมวด 3

คำนิยามการจัดขนาด รพ.สต ตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบและการจัดสรรอัตรากำลังเจ้าหน้าที่

#### รพ.สตขนาดเล็ก

คือ รพ.สต ที่รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 3,000 คนและมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ

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

#### รพ.สตขนาดกลาง

คือ รพ.สต ที่รับผิดชอบประชากร 3,001-8,000 คน และมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ 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 8,001 คนขึ้นไป และมีอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ คือ

- 1.พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ 2 คน
- 2.นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 6 คน
- 3.ทันตภิบาล 2 คน หรือนักวิชาการทันตสาธารณสุข 1 คน และมีการให้บริการจำนวน 1,400-10,000 คนใน 1 ปี
- 4.ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน

#### เอกสารอ้างอิง

- 1.หลักเกณฑ์การกำหนดขนาด รพ.สต. อ้างอิงจาก หนังสือ สธ 0201.032/ว29 ลงวันที่ 31 มกราคม 2555 ลงนามโดย นายโสภณ เมฆธน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 2.หลักเกณฑ์การกำหนดอัตราบุคลากร อ้างอิงจาก แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ปี 2560 โดย สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 มีนาคม 2559

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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

จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	แนวทางการพิจารณา	คำชี้แจง/คำนิยาม
	ประเด็นฐานข้อมูลผู้รับบริการตรงตามกลุ่มวัย (ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file)		ประเด็นช่องทางบริการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทางการสื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร)		ประเด็น Flow chart การบริการของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับแม่ข่ายและชุมชน		ประเด็น CPG รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบส่งต่อ		ประเด็น *เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ (การบำรุงรักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก)		ประเด็น บุคลากรให้บริการได้สอดคล้องกับการบริการ (สัมภาษณ์)		ประเด็น *การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบทสถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP/OTOP)															(1)		สัมภาษณ์/ตามรอย	การจัดบริการตามสภาพปัญหาของชุมชน หมายถึง
ODOP..... OTOP..... (ติดตามประเมินทุกข้อตามประเด็นปัญหาของพื้นที่)															1		การให้บริการตามประเด็น ODOP/OTOP	การจัดบริการที่สอดคล้องกับประเด็น ODOP/OTOP
4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่ )															(7)		สัมภาษณ์/ตามรอย	การให้บริการในสถานบริการ หมายถึง
4.2.1 OPD															1		การให้บริการใน	การจัดบริการภายใน



เกณฑ์	รายการตรวจประเมิน														คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	แนวทางการ พิจารณา	คำชี้แจง/ คำนิยาม
	ประเด็น ฐานข้อมูล ผู้รับบริการ ตรงตาม กลุ่มวัย (ประเมินจาก เอกสารหรือ Electronic file)		ประเด็นช่องทาง การเข้าถึงบริการ เชิงรุก เชิงรับ และ ช่องทางการ สื่อสาร (โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจาก เอกสาร)		ประเด็น Flow chart การบริการ ของ FCT ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ แม่ข่ายและ ชุมชน		ประเด็น CPG รายบริการที่ สนับสนุนจาก แม่ข่าย (ไม่เกิน 5 ปี) และระบบ ส่งต่อ		ประเด็น *เครื่องมือที่ สอดคล้องกับ การบริการ (การบำรุง รักษา หมุนเวียน) (ประเมินจากแบบ ประเมินภาคผนวก)		ประเด็น บุคลากร สามารถ ให้บริการได้ สอดคล้องกับ การบริการ (สัมภาษณ์)		ประเด็น *การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder (ตามบริบท สถานบริการ)					
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
4.2.2 ER															1		สถานบริการตาม แผนกต่างๆเช่น OPD, ER ฯลฯ	หน่วยบริการที่จัดไว้ สำหรับให้บริการผู้ป่วย ผู้รับบริการ
4.2.3 ANC														1				
4.2.4 WCC														1				
4.2.5 NCD														1				
4.2.6 แผนไทย														1				
4.2.7 ทันตกรรม														1				
4.3 การบริการในชุมชน (บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)														(2)		สัมภาษณ์ / ตามรอย กระบวนการ ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการใน ชุมชน	การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชนโดย ออกไปให้บริการในชุมชน	
4.3.1 การดูแลบริการสุขภาพที่ บ้าน (Home Health Care)/ LTC และ Palliative care														1				
4.3.2 การควบคุมและ ป้องกันโรค (SRRT)														1				

หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกประเด็นได้ 1 คะแนน

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจั้ระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

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			
(3) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(4) ไม้กดลิ้น			
(5) ไฟฉาย			
(6) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(7) ไม้เคาะเข่า			
(8) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(10) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E - Chart)			
(11) ตู้เย็นสำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำต้องมี แนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นการบันทึกข้อมูล ระยะเวลาใน การบันทึกข้อมูลแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณีไฟดับ หรือล้างทำความสะอาดตู้เย็นถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอกสถานที่ ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนย้ายออกนอกพื้นที่เป็นต้น			
(12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับตู้เย็นต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิ ตู้เย็นการเทียบเคียงเป็นต้น			
(13) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX(สำหรับการประเมิน NCD)			

หมายเหตุ 1. การประเมิน OPD

- OPD มีข้อ 1 - 12 = มี

- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 12 = ไม่มี

2. การประเมิน NCD

- NCD มีข้อ 1 - 13 = มี

- NCD ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 - 13 = ไม่มี

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจักระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน			
1.1เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉินได้แก่			
1.1.1ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4)			
1.1.2ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อมRe-breathing Mask (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย)และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ			
1.2กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR			
2. ชุดผ้าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			
3. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
4.ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน			
5.มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐานและมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐานวิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = 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 - มีครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามปี 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 - มีครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจักระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
เครื่องมือ เครื่องใช้สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้			
1. เครื่องวัดความดันโลหิต			
2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง			
3. หูฟัง (stethoscope)			
4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้			
5. ไฟฉาย			
6. ไม้กดลิ้น			
7. ไม้เคาะเข่า			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี 2560

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

หมวด 4 การจักระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)

ประเด็น : 4.2.7ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)

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

หมายเหตุ กรณีที่ รพ.สต. แห่งใดที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการทันตกรรม ให้ใช้ข้อมูลการประเมินของ รพ.สต. ในเครือข่ายที่ให้บริการร่วมกัน

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 (หมายถึงเครื่องผลิตออกซิเจนไฟฟ้า และ/ หรือ oxygen tank)			

- หมายเหตุ - HHC / LTC มีข้อ 1-8 = มี  
 - HHC / LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1-8 = ไม่มี  
 - Palliative care ( ข้อ 9-11 ให้ประเมินที่ node หรือแม่ข่ายที่เป็นศูนย์สำรองเครื่องมือ)  
 มีข้อ 9-11 = มี  
 ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9-11 = ไม่มี





ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
$\leq$ ร้อยละ 20 ได้ 1 คะแนน $\leq$ ร้อยละ 30 ได้ 0.5 คะแนน $\leq$ ร้อยละ 40 ได้ 0.3 คะแนน $>$ ร้อยละ 40 ได้ 0 คะแนน	(ร้อยละ)	
5.2.1.4.2 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea) อักเสบเฉียบพลัน (acute bronchit) $\leq$ ร้อยละ 20 ได้ 1 คะแนน $\leq$ ร้อยละ 30 ได้ 0.5 คะแนน $\leq$ ร้อยละ 40 ได้ 0.3 คะแนน $>$ ร้อยละ 40 ได้ 0 คะแนน	1  (ร้อยละ)	
5.2.1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการ ผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) (ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2560)	1	
5.2.1.5.1 COPD 130 ต่อแสนประชากร 0.50 คะแนน $\leq$ 130 0.40 คะแนน 131-135 0.30 คะแนน 136-140 0.20 คะแนน 141-145 0.10 คะแนน $>$ 146	0.5  (อัตรา)	
5.2.1.5.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยภาวะ Hypoglycemia น้อยกว่าร้อยละ 2 0.50 คะแนน $>$ 2 0.40 คะแนน 1.50-1.99 0.30 คะแนน 1.00-1.49 0.20 คะแนน 0.50-0.99 0.10 คะแนน $<$ 0.5	0..5  (อัตรา)	
5.2.1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรืงปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี $>$ 80 = 1 คะแนน 70.00-79.99 = 0.80 คะแนน 60.00-69.99 = 0.60 คะแนน 50.00-59.99 = 0.40 คะแนน $\leq$ 49.99 = 0.20 คะแนน	1  (ร้อยละ)	
<b>5.2.2 ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC) : ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2560</b>	<b>5</b>	
5.2.2.1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 น้อยกว่าร้อยละ 80 = 0 คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป = 1 คะแนน	1	
5.2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 $>$ 65 = 1 คะแนน	1  (ร้อยละ)	

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<p>60.00-64.99 = 0.90 คะแนน</p> <p>55.00-59.99 = 0.80 คะแนน</p> <p>50.00-54.99 = 0.70 คะแนน</p> <p>≤ 49.99 = 0.60 คะแนน</p>		
<p>5.2.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR&lt;4 mV/min/1.73m<sup>2</sup>/yr ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65</p> <p>&gt;65 = 1 คะแนน</p> <p>60.00-64.99 = 0.90 คะแนน</p> <p>55.00-59.99 = 0.80 คะแนน</p> <p>50.00-54.99 = 0.70 คะแนน</p> <p>≤ 49.99 = 0.60 คะแนน</p>	1	
	(ร้อยละ)	
<p>5.2.2.4 ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ข้อมูลจาก Thai PHC.net 26 มิ.ย. 60)</p> <p>น้อยกว่าร้อยละ 50 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 1 คะแนน</p>	1	
	(ร้อยละ)	
<p>5.2.2.5 หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน(Happy work life index) และ Core Value "MOPH" ไปใช้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ข้อมูลจาก web Happinometer 26 มิ.ย. 60)</p> <p>น้อยกว่าร้อยละ 50 = 0 คะแนน</p> <p>ร้อยละ 50 ขึ้นไป = 1 คะแนน</p>	1	
	(ร้อยละ)	
<b>5.2.3 ตัวชี้วัดจังหวัด (น้ำหนักคะแนนร้อยละ 10)</b>		
<p>5.2.3.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5ปี (Fully immunized) (ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2560)</p>	64	
<p>5.2.3.1.1 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี (Fully immunized)</p>		
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน BCG</p>	<p>วัคซีน BCG/HBV1/IPV/DTP-HB3/JE1</p>	5
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน HBV1</p>	<p>/DTP4/OPV4/JE2/DTP5/OPV5</p> <p>- ร้อยละ 90.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน</p>	5
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน IPV</p>	<p>- ร้อยละ 80.00-89.99 ได้ 4 คะแนน</p>	5
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน DTP-HB3</p>	<p>- ร้อยละ 70.00-79.99 ได้ 3 คะแนน</p>	5
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน OPV3</p>	<p>- ร้อยละ 60.00-69.99 ได้ 2 คะแนน</p>	5
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน MMR1</p>	<p>- ร้อยละ 50.00-59.99 ได้ 1 คะแนน</p> <p>- ร้อยละ 00.00-49.99 ได้ 0 คะแนน</p>	5
<p>5.2.3.1.2 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 2 ปี (Fully immunized)</p>		
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน JE1</p>		5
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน DTP4</p>		5
<p>ความครอบคลุมของวัคซีน OPV4</p>		5
<p>5.2.3.1.3 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 3 ปี (Fully immunized)</p>		

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
ความครอบคลุมของวัคซีน JE2	* วัคซีน MMR1 และ MMR2	5
ความครอบคลุมของวัคซีน MMR2	- ร้อยละ 95.00 ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน	5
	- ร้อยละ 90.00-94.99 ได้ 4 คะแนน	
	- ร้อยละ 85.00-89.99 ได้ 3 คะแนน	
	- ร้อยละ 80.00-84.99 ได้ 2 คะแนน	
	- ร้อยละ 75.00-79.99 ได้ 1 คะแนน	
	- ร้อยละ 00.00-74.99 ได้ 0 คะแนน	
5.2.3.1.4 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 5 ปี (Fully immunized)		
ความครอบคลุมของวัคซีน DTP5		5
ความครอบคลุมของวัคซีน OPV5		5
5.2.3.2 ระดับความสำเร็จในบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
5.2.3.2.1 หมู่บ้านไม่มีผู้ป่วย Second Generation มากกว่าร้อยละ 80 ของหมู่บ้านทั้งหมด (จากฐานข้อมูลโปรแกรม R 506)		
	ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ได้ 10 คะแนน	
	ร้อยละ 70.00-79.99 ได้ 8 คะแนน	
	ร้อยละ 60.00-69.99 ได้ 6 คะแนน	
	ร้อยละ 50.00-59.99 ได้ 4 คะแนน	
	ร้อยละ 40.00-49.99 ได้ 2 คะแนน	
	น้อยกว่าร้อยละ 40 ได้ 0 คะแนน	
5.2.3.2.2 HI น้อยกว่า 10% ( สสจ.สระแก้ว สุ่มสำรวจ ณ วันประเมิน 10 หลังคาเรือน ต่อ 1 หมู่บ้าน)		
	HI < 10 ได้ 5 คะแนน	(ค่า HI)
	HI = 10.01-20.00 ได้ 4 คะแนน	
	HI = 20.01-30.00 ได้ 3 คะแนน	
	HI = 30.01-40.00 ได้ 2 คะแนน	
	HI = 40.01-50.00 ได้ 1 คะแนน	
	HI > 50 ได้ 0 คะแนน	
5.2.3.2.3 CI = 0 ( สสจ.สระแก้ว สุ่มสำรวจ ณ วันประเมิน)		
	CI = 0 ได้ 5 คะแนน	(ค่า CI)
	CI = 0.01-3.00 ได้ 4 คะแนน	
	CI = 3.01-6.00 ได้ 3 คะแนน	
	CI = 6.01-9.00 ได้ 2 คะแนน	
	CI = 9.01-12.00 ได้ 1 คะแนน	
	CI > 12 ได้ 0 คะแนน	
5.2.3.3 ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ของทีมหมอกอบครัว ได้รับการดูแล ตามมาตรฐานในกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และเด็ก 0-5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80		
5.2.3.3.1 ระบบส่งต่อ		
		2

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบ Coordination( ระบบ ส่งต่อ ) : มีการประสานงานส่งต่อ , (มีครบถ้วน 2 มีไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)</li> <li>- มีการติดตามผล การรักษา, และวิเคราะห์ข้อมูลการส่งต่อ</li> </ul>		
5.2.3.3.2 โครงสร้างการดำเนินงาน	4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคำสั่งคณะกรรมการระดับตำบล โดย ทีมหมอครอบครัว ทุกคนมีส่วนร่วมเป็นคณะทำงาน และมี องค์กรท้องถิ่น ประชาชน ชาวบ้าน พระภิกษุสงฆ์ จิตอาสา หรือ อื่น ๆ (มีคำสั่ง โครงสร้าง การดำเนินงาน และมีกิจกรรม ได้ 2 คะแนน มีไม่ครบ 1 ไม่มี 0)</li> </ul>	2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการทีมหมอครอบครัวแบ่งพื้นที่ความรับผิดชอบ กลุ่มเป้าหมายชัดเจน (มีครบถ้วน 2 มีไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)</li> </ul>	2	
5.2.3.3.3 การจัดระบบบริการ	10	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีฐานข้อมูลดูแลกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ถูกต้องเป็นปัจจุบัน (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ เด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ) ในพื้นที่ ที่เป็นปัจจุบัน (มีครบ 1 ไม่ครบ 0)</li> </ul>	1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคู่มือ และCPG ในการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ (มีครบถ้วน 2 มีไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)</li> </ul>	2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สรุปรายงานข้อมูลการให้บริการ ตามกลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม (ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้พิการฯ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และ เด็ก 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ) (มีครบถ้วน 2 มีไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)</li> </ul>	2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการคืนข้อมูลให้ชุมชนและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (มีครบถ้วนชัดเจน 2 มีไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)</li> </ul>	2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วย (มีครบถ้วน=2 มีเป็นบางส่วน 1 มีเป็นส่วนน้อย หรือไม่มี 0)</li> </ul>	1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบันทึก Family Folder หรือทะเบียนประวัติ แสดงถึงการดูแลต่อเนื่องการดูแลต่อเนื่อง (มีครบถ้วน 2 มีไม่ครบถ้วน 1 ไม่มี 0)</li> </ul>	2	
5.2.3.3.4 การพัฒนาบุคลากร เจ้าหน้าที่ที่มีการพัฒนาทักษะการดำเนินงาน และและเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน (มีการพัฒนาบุคลากรตามกลุ่มเป้าหมาย ครบถ้วนทั้ง 4 กลุ่ม และการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง = 3 มีไม่ครบถ้วน 2 มีน้อย 1 ไม่มี 0)	3	
5.2.3.3.5 การสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนคู่มือ/แนวทาง/ชุดเครื่องมืออุปกรณ์ (มี เพียงพอ 2 มีไม่เพียงพอ 1 ไม่มี 0)	2	
5.2.3.3.6 การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย		

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล = 100% ของผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่ ร้อยละ 90ขึ้นไป = 5 ร้อยละ 80-89.99=4 ร้อยละ 70-79.99=3 ร้อยละ 60-69.99=2 ร้อยละ 50-59.99=1 น้อยกว่าร้อยละ 50=0	20	
ผู้อายุติดบ้านติดเตียง (5 คะแนน) (ร้อยละ.....)	5	
ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล (5 คะแนน) (ร้อยละ.....)	5	
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (5 คะแนน) (ร้อยละ.....)	5	
เด็ก อายุ 0-5 ปี ที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ (5 คะแนน) (ร้อยละ.....)	5	
5.2.3.4 ร้อยละของคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (ข้อมูล 43 แฟ้ม วันที่ 26 มิถุนายน 2560)	5	
เกณฑ์คะแนน (คะแนนเต็ม 5) ร้อยละ 90 ขึ้นไป = 5 คะแนน ร้อยละ 85.00 - 89.99 = 4 คะแนน ร้อยละ 80.00 - 84.99 = 3 คะแนน ร้อยละ 75.00 - 79.99 = 2 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 75 = 1 คะแนน	(ร้อยละ)	
5.2.3.5 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม การจัดการบริการสุขภาพ ช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบองค์ประกอบที่ 1 การจัดการบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ คือการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรม (ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2560)	2	
5.2.3.5.1 พื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม ผ่าน 14 กิจกรรม = 1 ไม่ผ่าน = 0	1	
5.2.3.5.2 องค์ประกอบที่ 2 จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุม ประชากรได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 20 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 20 = 1 ไม่ผ่าน = 0	1	
5.2.3.6 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขตัดยอด ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2560) A = เป้าหมาย ( ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 25 ) B = ผลงานที่ทำได้ (ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการแพทย์แผนไทย ใน รพ.สต.) C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน สูตรการคำนวณ = $B * C / A$ (เท่ากับ B คูณ C หารด้วย A)	10	

หมวด 5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้ (น้ำหนักคะแนน ร้อยละ 5)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
5.3.1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้เช่น CQI R2R นวัตกรรมงาน	5	
5.3.1.1 การจัดการองค์ความรู้ มี = 1 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน	1	
5.3.1.1 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชนสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน = 1 คะแนน ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพชุมชน = 0 คะแนน	1	
5.3.2 มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน = 1 คะแนนมีผลลัพธ์ = 0 คะแนน	1	
5.3.3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรมงานวิจัยจนนำไปสู่การดูแลตนเองได้ ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้ = 2 คะแนนชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง = 1 คะแนน ชุมชนผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง = 0 คะแนน	2	

# ภาคผนวก



เกณฑ์และวิธีการประเมินการพัฒนา อสค.และศักยภาพในการดูแลตนเองของครอบครัว อสค.ตามเกณฑ์ที่  
กำหนด สำหรับการประเมิน รพ.สต.ติดตาม จังหวัดสระแก้ว ปี 2560

.....

1.วัตถุประสงค์การประเมิน

- 1.1ประเมินผลการพัฒนา อสค.ของ รพ.สต.และอำเภอ
- 1.2ประเมินรับรองครอบครัว อสค.ที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.กรอบการประเมิน

- 2.1 การประเมินตนเอง(self Assessment)ในระดับหมู่บ้าน(5คะแนน)
- 2.2 การสุ่มประเมินตามลำดับชั้น ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ของรพ.สต.และอำเภอ(5คะแนน)
- 2.3 การสุ่มประเมินรับรองครอบครัว อสค.ที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด  
โดยทีมประเมินจังหวัด(5คะแนน)

ลำดับ	เกณฑ์ประเมิน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน
1	การประเมินตนเอง (Self Assessment)ในระดับหมู่บ้าน (5คะแนน)		
	<p>1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพ ครอบครัวของ อสค. ทุกคน(2.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการประเมินร้อยละ 100 ได้ 2.5คะแนน</li> <li>-มีการประเมินร้อยละ95-99.99 ได้ 2คะแนน</li> <li>-มีการประเมินร้อยละ90-94.99 ได้ 1.5คะแนน</li> <li>-มีการประเมินร้อยละ85-89.99 ได้ 1คะแนน</li> <li>-ต่ำกว่าร้อยละ85 ได้0.5 คะแนน</li> </ul> <p>1.2 มีครอบครัว อสค.สามารถดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด(2.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-มากกว่าร้อยละ50 ขึ้นไป ได้ 2.5 คะแนน</li> <li>-ร้อยละ45-49.99 ได้ 2 คะแนน</li> <li>-ร้อยละ 40-44-99 ได้ 1คะแนน</li> <li>-ต่ำกว่าร้อยละ40 ได้0.5 คะแนน</li> </ul>		<p>1.รายชื่อครัวเรือนที่ผ่านการประเมิน</p> <p>2.แบบประเมินครอบครัว อสค.</p>
2.	การสุ่มประเมินตามลำดับชั้น ตามระเบียบทางสถิติของ รพ.สต.และอำเภอ(5คะแนน)		

	<p>2.1 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ของ อสค.หรือใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด(2.5)</p> <p>2.2 ครอบครัวยุทธ.มีศักยภาพในการดูแลตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด (2.5)</p> <p>1.2 มีครอบครัวยุทธ.สามารถดูแลตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด(2.5)</p> <p>-มากกว่าร้อยละ50 ขึ้น ไป ได้ 2 คะแนน</p> <p>-ร้อยละ45-49.99 ได้ 2 คะแนน</p> <p>-ร้อยละ 40-44-99 ได้ 1คะแนน</p> <p>-ต่ำกว่าร้อยละ40 ได้0.5 คะแนน</p>		<p>1.ทะเบียนรายชื่อ ครัวเรือนที่ผ่านการ ประเมิน</p> <p>2.แบบประเมิน ครอบครัวยุทธ.</p> <p>3.การบันทึกผลการ ประเมินบนwebsite สพส.</p>
3.	<p>การประเมินรับรองครอบครัวยุทธ.ที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตาม เกณฑ์ที่กำหนด โดยทีมจังหวัด(สุ่ม รพ.สต.ละ 1 หมู่ ๆ ละ 5 ครอบครัวยุทธ. จากแบบ ประเมินครอบครัวยุทธ.ของ รพ.สต.) (5คะแนน)</p>		<p>1.ทะเบียนรายชื่อ อสค.</p> <p>2.แบบประเมิน ครอบครัวยุทธ.ของจนท. รพ.สต.และอสค. ตามจำนวนทะเบียน</p>
	<p>-ครอบครัวยุทธ.ที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด (5คะแนน )</p> <p>-ครอบครัวยุทธ.มีศักยภาพในการดูแลตนเองผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้ครอบครัวยุทธ.ละ 1 คะแนน)</p>		
<p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>-แบบประเมินรายครัวเรือนจะยึดแบบประเมินครอบครัวยุทธ.ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และอสค. เป็นฐานการประเมินเพื่อขึ้นชั้นผลการศักยภาพ การดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด(รายครอบครัวยุทธ.)</p>			

แบบประเมินครอบครัวยุทธ. ชื่อ-สกุล.....ที่อยู่.....

ID อสค.....จนท.ประจำครอบครัวยุทธ.ชื่อ.....เบอร์โทร.....

สมาชิกของครอบครัวยุทธ.ที่ดูแล CKD LTC DM HT และอื่นๆ.....

ID ของสมาชิกครอบครัวยุทธ.ที่ประเมินการปฏิบัติตัว.....ชื่อ-สกุล.....ที่อยู่.....

<p>1.ผลการประเมินครอบครัวยุทธ.ตนเอง โดย อสค.และจนท.สต.ประจำครอบครัวยุทธ.=ร้อยละ.....</p> <p>วันเดือนปีที่ประเมิน.....</p> <p>2.ผลการสุ่มประเมินครอบครัวยุทธ.โดยทีม รพ.สต.และอำเภอ =ร้อยละ.....</p> <p>วันเดือนปีที่ประเมิน.....ชื่อผู้ประเมิน.....</p> <p>3.ผลการสุ่มประเมินครอบครัวยุทธ.โดยทีม จังหวัด =ร้อยละ.....</p> <p>วันเดือนปีที่ประเมิน.....ชื่อผู้ประเมิน.....</p>
--

เกณฑ์การประเมินและวิธีการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตาม  
เกณฑ์ที่กำหนดในการประเมิน รพ.สต.ติดดาว จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ 2560

๑. กรอบการประเมิน(15 คะแนน)

1.1 ผลการประเมินตนเอง (Self Assessment)ในระดับหมู่บ้าน โดย จนท.สธ.และ อสค.(2.5)

1.2 ผลการสุ่มประเมินตามลำดับชั้น ตามระเบียบทางสถิติของ รพ.สต.และอำเภอ(2.5)

1.3 ผลการสุ่มประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่เพื่อยืนยันผลการประเมินของอำเภอ รพ.สต.ละ 10 ครอบครัว(10คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนนการพัฒนา อสค.ในรพ.สต.ติดดาว

ลำดับ	เกณฑ์ประเมิน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน
1	การประเมินตนเอง (Self Assessment)ในระดับหมู่บ้าน (2.5)		
	-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ทุกคน -มีการประเมินร้อยละ 100 ได้ 2.5คะแนน -มีการประเมินร้อยละ95-99.99 ได้ 2คะแนน -มีการประเมินร้อยละ90-94.99 ได้ 1คะแนน -มีการประเมินร้อยละ85-89.99 ได้ 1คะแนน		1.รายชื่อครัวเรือนที่ผ่านการประเมิน 2.แบบประเมินครอบครัว อสค.
2.	การสุ่มประเมินตามลำดับชั้น ตามระเบียบทางสถิติของ รพ.สต.และอำเภอ(2.5)		
	-กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ของ อสค.หรือใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด		1.ทะเบียนรายชื่อครัวเรือนที่ผ่านการประเมิน 2.แบบประเมินครอบครัว อสค. 3.การบันทึกผลการประเมินบนwebsite สปส.
3.	ผลการสุ่มประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่เพื่อยืนยันผลการประเมินของอำเภอ รพ.สต.ละ 10 ครอบครัว(10คะแนน)		1.ทะเบียนรายชื่อ อสค. 2.แบบประเมินครอบครัวของจนท.รพ.สต.และอสค.ตามจำนวนทะเบียนที่มี
	-ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด (10คะแนน ) -ผ่านครอบครัวละ 1 คะแนน		
<p><b>หมายเหตุ</b> 1.แบบประเมินรายครัวเรือนจะยึดแบบประเมินครอบครัวของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และอสค. เป็นฐานการประเมินเพื่อยืนยันการประเมินศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว อสค. 2.รายละเอียดการประเมินให้ยึดตามคำชี้แจงเกณฑ์ประเมินของกระทรวงกำหนด(ข้อ1-4)</p>			

โดยมีการให้ค่าน้ำหนักและเงื่อนไขการผ่านเกณฑ์ครัวเรือนที่มีศักยภาพการดูแลตนเอง ตามข้อ 3 มี ดังนี้

บทบาท อสค.	ค่าน้ำ หนัก (60)	การปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพ ตนเอง ของสมาชิก ใน ครอบครั	ค่าน้ำหนัก (40)
๑. เป็นแกนนำปฏิบัติตน ด้านสุขภาพ ที่มี พฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัว ตนเอง	๒๐	๑. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ลด เนื้อ ตีมน้ำเปล่า	๑๐
๒. ถ่ายทอดความรู้ให้คน ในครอบครัว ตนเองและช่วยเหลือ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒๐	๒. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพา ไปพบแพทย์ตามนัด	๑๐
๓. ประสานงานพัฒนาสุขภาพ ครอบครั และเป็นเครือข่าย กับ อสม.	๒๐	๓. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด	๑๐
		๔. บำรุงรักษาจิตใจ	๑๐
รวมทั้งหมด = ร้อยละ ๗๐ จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเอง ตามเกณฑ์ที่ กำหนด			

รายละเอียดการประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประเด็น	ตัวชี้วัด/เนื้อหาที่จะประเมิน	พฤติกรรมที่วัด	ผลการประเมิน
บทบาท อสค. (60 คะแนน)			
1. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ ครอบครัว และเป็น ผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง	ดูแล ดูแลสุขภาพตนเอง <ul style="list-style-type: none"> <li>● อาหาร (1)</li> <li>● ออกกำลังกาย (1)</li> <li>● แอลกอฮอล์ (1)</li> <li>● สูบบุหรี่ (1)</li> <li>● บำรุงรักษาจิตใจ (1)</li> </ul>		
	๑.๒ วิเคราะห์และจัดการความเสี่ยง ภัยสุขภาพของตนเองและครอบครัว: <ul style="list-style-type: none"> <li>•ประเมินโอกาสเสี่ยง (3)</li> <li>•ตรวจสุขภาพ (3)</li> <li>•สร้างโอกาสและสภาพแวดล้อมสุขภาพดี(3)</li> </ul>		
	๑.๓ ดูแลสุขภาพคนในครอบครัวและพาไปรับบริการ สุขภาพ: <ul style="list-style-type: none"> <li>•อาหาร (1)</li> <li>•ออกกำลังกาย (1)</li> <li>•แอลกอฮอล์ (1)</li> <li>•สูบบุหรี่ (1)</li> <li>•บำรุงรักษาจิตใจ (1)</li> <li>•สิทธิ และการเข้าถึง บริการ (1)</li> </ul>		

ประเด็น	ตัวชี้วัด/เนื้อหาที่จะประเมิน	พฤติกรรมที่วัด	ผลการประเมิน
๒. ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	๒.๑ ถ่ายทอดความรู้ให้แก่สมาชิกในครอบครัว (๑๐)		
	๒.๒ ช่วยเหลือ ดูแลสุขภาพ ของประชาชนที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง (๑๐)		
๓. ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม./ออสส. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๓.๑ เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ ในชุมชน (๗)		
	๓.๒ ประสานความร่วมมือ รับความรู้ รับคำปรึกษาจาก อสม./ออสส. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (๗)		
	๓.๓ เสนอความคิดเห็นพัฒนาครัวเรือนและร่วมเป็นทีม หมอครอบครัว (๘)		
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว			
๑. รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม	ลดหวาน (๒)		
	ลดมัน (๒)		
	ลดเค็ม (๒)		
	ลดเนื้อ (๒)		
	ดื่มน้ำเปล่า (๒)		
๒. ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด	กินยา (๔)		
	พบแพทย์ (๓)		
	ประเมินโอกาสเสี่ยง /ตรวจสุขภาพ (๓)		
๓. การออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย (๑๐)		
๔. การบำรุงรักษาจิตใจ	บำรุงรักษาจิตใจ (๒)		
	แอลกอฮอล์ (๔)		
	สูบบุหรี่ (๔)		

แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปี 2560

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

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

ประเด็น : การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/ Family Folder

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการ ปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(1) มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการที่สามารถค้นหาได้ง่าย และเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี (มีที่เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย ค้นหาได้ง่าย และมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)			
(2) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วยอย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้ 2.1 ชื่อ นามสกุล อายุ ผู้ป่วย 2.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 2.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ			
(3) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้ 3.1 ชื่อสถานพยาบาล 3.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 3.3 วัน เดือน ปี รับบริการ 3.4 ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพ ที่อยู่และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3.5 ประวัติอาการป่วย ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย 3.6 การวินิจฉัย 3.7 การรักษา 3.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)			

หมายเหตุ - มีครบทุกข้อ = มี  
- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

ตัวชี้วัด/รายงาน	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5ปี (Fully immunized)
คำนิยาม	<p>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>1) เด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 1 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, IPV, DTP-HB3, OPV3, และ MMR1 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>2) เด็กอายุครบ 2 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 2 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4 และ OPV4 จากเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>3) เด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 3 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4 และ MMR2 จากเด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p> <p>4) เด็กอายุครบ 5 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 5 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4, MMR2, DTP5 และ OPV5 จากเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5ปี (Fully immunized)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1) เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 ธันวาคม 2558</p> <p>2) เด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 2 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 2 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 31 ธันวาคม 2557</p> <p>3) เด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 3 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 – 31 ธันวาคม 2556</p> <p>4) เด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน</p>



	(จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 5 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานแต่ผ่านมาแล้ว 5 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 – ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 5 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 – 31 ธันวาคม 2554
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม / HDC / Health Explorer
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, IPV, DTP-HB3, OPV3, และ MMR1 A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4 และ OPV4 A3 = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4 และ MMR2 A4 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, DTP-HB3, OPV3, MMR1, JE, DTP4, OPV4, MMR2, DTP5 และ OPV5
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B1 = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) B2 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) B3 = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3) B4 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะการอยู่อาศัย Type area = 1,3)
<b>รายการข้อมูล 3</b>	รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ (1) BCG = 010 (2) HB1 = 041 (3) IPV ได้แก่ รหัสวัคซีน 401 หรือ D32 หรือ D42 หรือ D52 หรือ I12 (4) DTP-HB3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 093 หรือมี 2 รหัสพร้อมกัน คือ (033+043) หรือ D23 หรือ D53 หรือมี 2 รหัสพร้อมกันในแผนและนอกแผน คือ (D13+043) หรือ (D33+043) หรือ (D43+043) (5) OPV3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D33 หรือ D43 หรือ D53 (6) MMR1 ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M 11 (7) JE ได้แก่ รหัสวัคซีน JE1 = 051, JE2 = 052, JE3 = 053, LAJE1 = J11 , LAJE2 = J12 - เกณฑ์ในการประมวลผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนใช้สมองอักเสบเจอีในเด็กที่อายุ

	ครบ 2 ปี												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กรณีของการได้รับวัคซีนเจี</th> <th>รหัสวัคซีนเจีที่ได้รับครบตามเกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ได้รับเจีเชื้อตาย 2 ครั้ง</td> <td>รหัส 051 + รหัส 052</td> </tr> <tr> <td>2. ได้รับเจีเชื้อตาย 1 ครั้งและตามด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง</td> <td>รหัส 051 + รหัส J11</td> </tr> <tr> <td>3. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง</td> <td>รหัส J11</td> </tr> <tr> <td>4. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง</td> <td>รหัส J11 + รหัส 051</td> </tr> </tbody> </table>	กรณีของการได้รับวัคซีนเจี	รหัสวัคซีนเจีที่ได้รับครบตามเกณฑ์	1. ได้รับเจีเชื้อตาย 2 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส 052	2. ได้รับเจีเชื้อตาย 1 ครั้งและตามด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส J11	3. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง	รหัส J11	4. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง	รหัส J11 + รหัส 051		
	กรณีของการได้รับวัคซีนเจี	รหัสวัคซีนเจีที่ได้รับครบตามเกณฑ์											
	1. ได้รับเจีเชื้อตาย 2 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส 052											
	2. ได้รับเจีเชื้อตาย 1 ครั้งและตามด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส J11											
	3. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง	รหัส J11											
	4. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง	รหัส J11 + รหัส 051											
	- เกณฑ์ในการประมวลผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนไข่มองอักเสบเจีในเด็กที่อายุครบ 3 ปี												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กรณีของการได้รับวัคซีนเจี</th> <th>รหัสวัคซีนเจีที่ได้รับครบตามเกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ได้รับเจีเชื้อตาย 3 ครั้ง</td> <td>รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส 053</td> </tr> <tr> <td>2. ได้รับเจีเชื้อตาย 2 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง</td> <td>รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส J11</td> </tr> <tr> <td>3. ได้รับเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง</td> <td>รหัส 051 + รหัส J11 + รหัส J12</td> </tr> <tr> <td>4. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง</td> <td>รหัส J11 + รหัส J12</td> </tr> <tr> <td>5. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง</td> <td>รหัส J11 + รหัส 051</td> </tr> </tbody> </table>	กรณีของการได้รับวัคซีนเจี	รหัสวัคซีนเจีที่ได้รับครบตามเกณฑ์	1. ได้รับเจีเชื้อตาย 3 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส 053	2. ได้รับเจีเชื้อตาย 2 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส J11	3. ได้รับเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส J11 + รหัส J12	4. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง	รหัส J11 + รหัส J12	5. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง	รหัส J11 + รหัส 051
	กรณีของการได้รับวัคซีนเจี	รหัสวัคซีนเจีที่ได้รับครบตามเกณฑ์											
	1. ได้รับเจีเชื้อตาย 3 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส 053											
	2. ได้รับเจีเชื้อตาย 2 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส 052 + รหัส J11											
3. ได้รับเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง	รหัส 051 + รหัส J11 + รหัส J12												
4. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 2 ครั้ง	รหัส J11 + รหัส J12												
5. ได้รับเจีเชื้อเป็น (LAJE) 1 ครั้ง ต่อด้วยเจีเชื้อตาย 1 ครั้ง	รหัส J11 + รหัส 051												
(8) DTP4 ได้แก่ รหัสวัคซีน 034 หรือ D14 หรือ D24 หรือ D34 หรือ D44 หรือ D54													
(9) OPV4 ได้แก่ รหัสวัคซีน 084 หรือ D34 หรือ D44 หรือ D54 หรือ I14													
(10) MMR2 ได้แก่ รหัสวัคซีน 073 หรือ M12													
(11) DTP5 ได้แก่ รหัสวัคซีน 035 หรือ D35 หรือ D45 หรือ D55													
(12) OPV5 ได้แก่ รหัสวัคซีน 085 หรือ D35 หรือ D45 หรือ D55 หรือ I15													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{((A1/B1) \times 100) + ((A2/B2) \times 100) + ((A3/B3) \times 100) + ((A4/B4) \times 100)}{4}$												
ระยะเวลาประเมินผล	รายงวด (ไตรมาส)												
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากการบันทึกรายงานความครอบคลุมวัคซีนของสถานบริการหลังสิ้นแต่ละไตรมาส (รายงวด)												
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2556 - 2560												
ผู้ประสานงานจัดทำรายงานตัวชี้วัด	<p>1. นายสมเกียรติ ทองเล็ก ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทร. 0 3742-5141-4 ต่อ 308,309 มือถือ 08-1940-7947 E-mail address : somkeat_sk@hotmail.com</p> <p>2. นางจุฑารัตน์ ศักดิ์เต็ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทร. 0 3742-5141-4 ต่อ 308,309 มือถือ 09-1551-0179 E-mail address : umuim_beloved@hotmail.com</p>												

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในบรรลุผลสัมฤทธิ์ของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 กันยายน ปีที่วัดผล(ปีงบประมาณ 2560)  พื้นที่เกิด second generation หมายถึง ไม่สามารถควบคุมไข้เลือดออกให้สงบได้ ภายใน 28 วันนับจากวันเริ่มป่วยของ ผู้ป่วยรายแรกในหมู่บ้าน/ชุมชน(Index case) และพบผู้ป่วยใหม่ในสัปดาห์ที่ 5 หรือสัปดาห์อื่นๆ เป็นต้นไปในหมู่บ้าน/ชุมชน เดียวกัน สอบสวนโรคแล้วมีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายแรก ค่า HI หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน ค่า CI หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในโรงเรียน ศาสนสถาน
เกณฑ์เป้าหมาย	1.ไม่มีผู้ป่วย Second Generation ในระดับหมู่บ้าน 2.ค่า HI ในหมู่บ้านไม่เกิน 10 3.ค่า CI ในโรงเรียน = 0
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหมู่บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสระแก้ว
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินโดยกรรมการระดับจังหวัด ตำบลสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	จากแฟ้มสรุปผลการดำเนินงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง รายงาน และการประเมิน
รายการข้อมูล 1	รง 506
รายการข้อมูล 2	รายงานการสำรวจลูกน้ำยุงลาย
รายการข้อมูล 3	
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนมีนาคม และเดือนมิถุนายน 2560 หรือตามรอบประเมิน รพ.สต.ติดตาม
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>	
1.หมู่บ้านไม่มีผู้ป่วย Second Generation มากกว่าร้อยละ 80 ของหมู่บ้านทั้งหมด ได้ 10 คะแนน (คะแนนร้อยละ 50)	
	ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป ได้ 10 คะแนน
	ร้อยละ 70.01-80.00 ได้ 8 คะแนน
	ร้อยละ 60.01-70.00 ได้ 6 คะแนน
	ร้อยละ 50.01-60.00 ได้ 4 คะแนน
	ร้อยละ 40.01-40.00 ได้ 2 คะแนน
	น้อยกว่าร้อยละ 40 ได้ 0 คะแนน
2.ค่า HI ไม่เกิน 10 (คะแนนร้อยละ 25)	
	HI < 10 ได้ 5 คะแนน
	HI = 10.01-20.00 ได้ 4 คะแนน
	HI = 20.01-30.00 ได้ 3 คะแนน
	HI = 30.01-40.00 ได้ 2 คะแนน
	HI = 40.01-50.00 ได้ 1 คะแนน
	HI > 50 ได้ 0 คะแนน
3.ค่า CI = 0 (คะแนนร้อยละ 25)	
	CI = 0 ได้ 5 คะแนน
	CI = 0.01-3.00 ได้ 4 คะแนน

CI = 3.01-6.00	ได้ 3 คะแนน
CI = 6.01-9.00	ได้ 2 คะแนน
CI = 9.01-12.00	ได้ 1 คะแนน
CI > 12	ได้ 0 คะแนน
<b>วิธีการประเมินผล</b>	1.ประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน 2.ประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นายสมเกียรติ ทองเล็ก ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุม มือถือ 08-1940-7947 E-mail : <a href="mailto:somkeat_sk@hotmail.com">somkeat_sk@hotmail.com</a> นายประวิทย์ คำนึ่ง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 08-1295-9387 E-mail : <a href="mailto:sukhothai53@hotmail.com">sukhothai53@hotmail.com</a> กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว โทร 037 425141-4 ต่อ 309

ระดับการวัดผล	สสอ./รพ./รพ.สต.																							
ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	ร้อยละของคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพไม่น้อยกว่า 80																							
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1.1 คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 1.2 คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพตามเอกสารการประเมินคุณภาพข้อมูลฯ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 กรณี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้คิดจากค่าเฉลี่ยคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ รพ.สต. ทุกแห่งในสังกัด																							
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80																							
วัตถุประสงค์	เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลในคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)																							
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต. ภายใต้งัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว																							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย																							
แหล่งข้อมูล	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																							
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพในปีงบประมาณ (Records)																							
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนข้อมูลทั้งหมดในปีงบประมาณ (Records)																							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ : $(A/B) \times 100$																							
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน																							
เกณฑ์การประเมิน																								
ข้อมูลบริการสุขภาพ																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2560</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> <td>ไม่น้อยกว่า 80 %</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	2560	ไม่น้อยกว่า 80 %	ไม่น้อยกว่า 80 %	ไม่น้อยกว่า 80 %	ไม่น้อยกว่า 80 %													
ปี	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																				
2560	ไม่น้อยกว่า 80 %	ไม่น้อยกว่า 80 %	ไม่น้อยกว่า 80 %	ไม่น้อยกว่า 80 %																				
วิธีการประเมินผล :	คำนวณอัตราความผิดพลาดของข้อมูลตามเอกสารประเมินคุณภาพข้อมูล																							
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางมาตรฐานการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างด้านสุขภาพ ( <a href="http://thcc.or.th/ebook.html">http://thcc.or.th/ebook.html</a> ) 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล ( <a href="http://thcc.or.th/ebook.html">http://thcc.or.th/ebook.html</a> )																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.ความผิดพลาดการให้รหัสโรค</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>2.61</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>1.1 ผู้ป่วยใน</td> <td></td> <td>-</td> <td>10.61</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>1.2 ผู้ป่วยนอก</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	1.ความผิดพลาดการให้รหัสโรค	ร้อยละ	-	2.61	-	1.1 ผู้ป่วยใน		-	10.61	-	1.2 ผู้ป่วยนอก				
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2557	2558	2559																				
1.ความผิดพลาดการให้รหัสโรค	ร้อยละ	-	2.61	-																				
1.1 ผู้ป่วยใน		-	10.61	-																				
1.2 ผู้ป่วยนอก																								



ชื่อตัวชี้วัด :	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก
คำนิยาม	<p>การให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัยประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์คุณภาพอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 วัน</li> <li>2. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และนอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 5 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2) บริการชุดหินน้ำลายและ อุดฟัน</li> <li>1.3) บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control</li> </ol> </li> <li>2) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 มีการตรวจช่องปาก</li> <li>2.2 การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ</li> <li>2.3 เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช</li> </ol> </li> <li>3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</li> <li>3.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> <li>3.3 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการทันตกรรม</li> </ol> </li> <li>4) โรงเรียนประถมศึกษา <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก</li> <li>4.2 นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1</li> <li>4.3 การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษา</li> </ol> </li> <li>5) กลุ่มผู้สูงอายุ <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก</li> <li>5.2 การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง</li> </ol> </li> </ol> </li></ol>
เกณฑ์เป้าหมาย :	รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก</li> <li>2. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ. 1 แห่ง คปสอ. 9 แห่ง และ รพ.สต. 108 แห่ง
การจัดเก็บข้อมูล	
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่งรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 ต.ค. 59 – 30 กันยายน 2560

เกณฑ์การประเมิน :													
เกณฑ์		หน่วยวัด	ปีงบประมาณ 60										
หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก (สัปดาห์ละ 1 วัน)		ร้อยละ	60										
รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 (ผ่าน 14 กิจกรรม)		ร้อยละ	60										
วิธีการประเมินผล													
กลไก	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
สสจ/รพท./ รพช/รพ. สต.	- ประชุม CUP เพื่อทำแผนปฏิบัติงาน - แผนสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ใน รพ.สต. - จัดบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุม 5 กลุ่มวัย 14 กิจกรรม	- ควบคุม กำกับงานเป็นไปตามแผน - นิเทศงานสุขภาพช่องปากในรพ.สต.	- มีการประเมินตนเองวิเคราะห์ส่วนขาดพร้อมแนวทางดำเนินงานในช่วงเวลาที่เหลือ - มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	- สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา									
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สรุปการประชุม CUP แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.รวมทั้งแผนสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากระดับตำบล</li> <li>ผังการควบคุม กำกับงาน</li> <li>คำสั่งแต่งตั้งทีมนิเทศ ติดตามกำกับการทำงานใน รพ.สต.</li> <li>สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหาในปีงบประมาณที่ผ่านมา</li> <li>วัดผลการดำเนินงานจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก</li> <li>วัดผลการดำเนินงานรพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมิน 14 ตัวชี้วัดจาก HDC</li> <li>วัดผลการดำเนินงานรพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 35 จาก HDC</li> </ol>												
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Bbaseline data</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์</th> <th>หน่วยวัด</th> <th>ปีงบประมาณ 59</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก (สัปดาห์ละ 1 วัน)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>56</td> </tr> <tr> <td>รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ผ่าน 14กิจกรรม)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>56</td> </tr> </tbody> </table>				เกณฑ์	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ 59	หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก (สัปดาห์ละ 1 วัน)	ร้อยละ	56	รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ผ่าน 14กิจกรรม)	ร้อยละ	56
เกณฑ์	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ 59											
หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก (สัปดาห์ละ 1 วัน)	ร้อยละ	56											
รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (ผ่าน 14กิจกรรม)	ร้อยละ	56											
<b>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</b>	นางสาวเหมือนฝัน ตันเจริญ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ นางสาวอรพิน หมู่ภัทรโรจน์ ทันตแพทย์ปฏิบัติการ นางสาวปราณีต เกตุชาติ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔ ต่อ 105												



ระดับการวัดผล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มา</li> <li>2. รับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</li> <li>3. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การบำบัดหม้อเกลือ</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน</li> </ul> </li> <li>4. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>- การฝึกสมาธิบำบัด</li> <li>- ผิงเข็ม</li> <li>- การกดจุดบำบัด</li> <li>- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย</li> </ul> </li> <li>5. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>6. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย ปีงบประมาณ 60	
ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 25	
<b>เกณฑ์การคิดคะแนน (ใช้สำหรับ รพ.สต.ที่มีบริการนวดแผนไทย)</b> A = เป้าหมาย ( ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 25 ) B = ผลงานที่ทำได้ (ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทย ใน รพ.สต.) C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน <b>สูตรการคำนวณ</b> = $B * C / A$ (เท่ากับ B คูณ Cหารด้วย A)	
วัตถุประสงค์	เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม</li> <li>2) การรายงานจากจังหวัด</li> </ol>

แหล่งข้อมูล	1) 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider) 2) ข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ				
รายการข้อมูล 3	C = คะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	( เท่ากับ B คูณ C ทหารด้วย A ) หรือ $B \times 10/A$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 : ร้อยละ 25					
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ	ร้อยละ	25.6	26.19	26.07
ที่มา : HDC กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวนุชรี บวงสวง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2149 5636 โทรสาร:	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : 080-0962633 E-mail : <a href="mailto:nucharee_na@hotmail.com">nucharee_na@hotmail.com</a>			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวกัญญา เทพรัดนะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 037-425141 โทรสาร :	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 083-2420840 E-mail : <a href="mailto:kanya.m2007@gmail.com">kanya.m2007@gmail.com</a> โทรสาร: <a href="mailto:nucharee_na@hotmail.com">nucharee_na@hotmail.com</a>			