



แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการที่รับคำสั่งต่อ  
ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2

เมษายน 2555

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## คำนำ

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2547 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2548 เป็นหลักในการตรวจประเมินสถานบริการแห่งใหม่ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนการประเมินสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการอยู่แล้ว จะเป็นการประเมินเพื่อจัดประเภทหน่วยบริการ

การปฏิบัติตามข้อบังคับและประกาศ ดังกล่าว ได้เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ประจำปี 2549 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปี 2549 ให้สำนักงานสาขาใช้ประกอบการทำงาน จากการประเมินผลภายหลังการดำเนินการได้มีการเพิ่มคำจำกัดความ ปรับปรุงแบบฟอร์มการตรวจประเมิน วิธีการประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน ให้มีความชัดเจน วัด/ประเมินได้ และสะดวกต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น เพื่อใช้ประกอบการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2551 เป็นต้นมา

ในปี 2554 สำนักงานได้ดำเนินการรับฟังข้อเสนอ และความคิดเห็นจากผู้รับผิดชอบการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สปสช.เขต สสจ. ผู้ตรวจประเมิน และผู้แทนหน่วยบริการด้วยแบบสอบถาม เพื่อเป็น Input สำหรับการวิเคราะห์ ทบทวนเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2551 และได้นำความคิดเห็นข้อเสนอแนะทั้งหมดมาสู่การพัฒนาแนวทางการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในปัจจุบัน และสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำนักงานฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการตรวจประเมินหน่วยบริการฉบับปรับปรุงนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในการใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ จากหน่วยบริการที่มีมาตรฐาน ต่อไป

สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เมษายน 2555

## สาระสำคัญของ การตรวจประเมินหน่วยบริการ

การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เป็นการทำงานในมุมมองของผู้จัดหาบริการสาธารณสุขให้กับประชาชน (purchaser) โดยตรวจคุณสมบัติของสถานบริการสาธารณสุขที่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ เน้นการตรวจปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก คือ ศักยภาพการจัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ) และ การบริหารจัดการ

เกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายสูงสุดที่มุ่งบรรลุ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถ และคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเพื่อให้เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการ ส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณ กองทุนในการจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขแก่หน่วยบริการแต่ละประเภท ทั้งนี้ เพื่อความเท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในที่สุด

## วิธีปฏิบัติในการตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

### สถานบริการที่ต้องได้รับการตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและมีขีดความสามารถจัดบริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป จนถึงระดับตติยภูมิ ที่มีการบริการผู้ป่วยใน บริการด้านศัลยกรรม บริการฉุกเฉิน บริการสูติกรรม บริการผู้ป่วยนอกหรือที่มีบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการรับการส่งต่ออื่น เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลสังกัดรัฐอื่นและโรงพยาบาลเอกชนที่สนใจสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

### หลักการของเกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

การจัดทำเกณฑ์และแบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ของ สปสช.จะใช้เกณฑ์ที่อ้างอิงตามมาตรฐาน/เกณฑ์ต่างๆ ที่มีการใช้ปฏิบัติอยู่แล้ว ดังนี้

- พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแนวทางการตรวจมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 10 สาขา
- ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
- มาตรฐานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ พ.ศ. 2548 ของกระทรวงสาธารณสุข
- แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข (ตามสภาพภูมิศาสตร์)
- ข้อมูลสถิติด้านสาธารณสุขและผลการดำเนินงานกรให้บริการสาธารณสุข พ.ศ. 2547
- ข้อมูลบุคลากรแพทย์เฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547
- มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ.)

ทั้งนี้ เกณฑ์การขึ้นทะเบียนของ สปสช.จะเพิ่มเติมในเรื่องของการพิจารณาศักยภาพในการรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดระบบภายในที่รองรับบริการสำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทั้งนี้เพื่อคุ้มครองให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ที่มีการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะบางโรค (เฉพาะทาง) และให้การรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพเช่น รพ.จิตเวช รพ.แม่และเด็ก ศูนย์มะเร็ง ศูนย์บำบัดยาเสพติด ศูนย์บริการทันตกรรม ให้ใช้เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ โดยพิจารณาเฉพาะหมวดหลักและแผนกที่เกี่ยวข้อง หรืออาจใช้ผลการตรวจตามมาตรฐาน หลักเกณฑ์ของราชวิทยาลัย สมาคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย

สำหรับสถานพยาบาลที่รักษาโรคทั่วไป และประสงค์จะเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพเฉพาะบางโรค/โครงการ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่แต่ละกองทุน/โครงการได้จัดทำขึ้นจน เกณฑ์ตรวจหน่วย

บริการโรคไต เกณฑ์หน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ เกณฑ์หน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิด้านรังสีรักษา เกณฑ์หน่วยบริการที่รับการส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางโรคมะเร็งโลหิตวิทยา เป็นต้น

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่จะขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพ มีแนวทางการพิจารณา ดังนี้

**1. ศักยภาพการบริการ** เป็นการพิจารณาขีดความสามารถในการให้บริการสาธารณสุข ต่อจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน โดยพิจารณาจากจำนวนเตียงผู้ป่วยในต่อประชากรที่ลงทะเบียน และ สัดส่วนของเตียงที่มีความจำเป็นต่อการให้บริการคือ การบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และในกรณีสถานพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไป ควรต้องมีการบริการหออภิบาล (หอผู้ป่วยหนัก) ตลอดจนการคำนึงถึงความสามารถการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

**2. ด้านลักษณะสำคัญของการจัดบริการ** เป็นการบอกลักษณะหรือคุณสมบัติที่ต้องมีในระบบบริการของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ คือ มีการให้บริการ 24 ชั่วโมง หมายถึงการบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ อาคารสถานที่ ที่จะสามารถให้บริการได้ทันทีโดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินหรือการรับส่งต่อ การจัดบริการที่บอกลักษณะของบริการตติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะทาง โดยกำหนดแผนกบริการที่มีความสำคัญ คือ บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการศัลยกรรม บริการรังสีกรรม และบริการหออภิบาลผู้ป่วยหนักในกรณีสถานพยาบาลมากกว่า 100 เตียง และให้คำนึงถึงการจัดกระบวนการให้บริการที่ครบวงจร มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่น

**3. ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย** หากมีการตรวจประเมินคุณภาพ หรือการรับรองทางกฎหมายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการแสดงเอกสารหรือหลักฐานที่เป็นปัจจุบันได้ ให้ถือว่า การตรวจประเมินในหัวข้อประเด็นนี้ผ่านไปได้ เว้นแต่เกิดการตรวจพบหรือมีข้อสังเกตที่ผิดปกติ มีความจำเป็นต้องตรวจเพื่อประเมินความถูกต้อง ก็ให้ดำเนินการตรวจได้

**4. ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล** โดยยึดหลักการดังนี้

- ด้านอัตรากำลัง ให้เป็นไปตามสัดส่วนต่อประชากรที่ลงทะเบียน หรือในบางกรณีที่ยังไม่สามารถบอกภาระงานได้ก็ยึดหลักเกณฑ์ของแบบตรวจประเมินอื่นๆที่มีบังคับใช้อยู่แล้ว
- จำนวนบุคลากรส่วนหนึ่ง ต้องอยู่เป็นการประจำตามสัดส่วนที่กำหนด
- บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับหัวหน้างาน หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่น ครรต้องมีลักษณะของการปฏิบัติงานเป็นการประจำแผนก และมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในแผนกที่รับผิดชอบพอสมควรตามที่กำหนดไว้
- ลักษณะบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นการชั่วคราว (part time) ให้พิจารณาตามความเหมาะสมของสถานพยาบาลนั้น ทั้งในด้านภาระงานความขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ หรือ การจัดการบริการพิเศษเสริมขึ้นมา แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและความรับชอบของบุคลากรประเภทหรือชนิดเดียวกันที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ ในเกณฑ์นี้ยังไม่ได้กำหนดสัดส่วนภาระงานระหว่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ กับชั่วคราวว่าเป็นเท่าไร

- กรณีศักยภาพของสถานพยาบาลมีมากกว่า 100 เตียง ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อยู่เป็นการประจำด้วย ทั้งนี้รวมทั้งทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

**5. ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์** ได้กำหนดสิ่งที่จะต้องดำเนินการดูแลเพื่อการช่วยชีวิตหรือภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยหนักเป็นสำคัญ และมีความจำเป็นกับแผนกบริการที่มีลักษณะการให้บริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป

**6. ด้านการบริหารจัดการและการจัดการคุณภาพ** เน้นด้านระบบและกระบวนการจัดการคุณภาพ โดยพิจารณาตัวระบบ แผนงาน และมีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

#### เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. คู่มือการบริหารงานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พศ. 2550
2. คู่มือการใช้งานโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เช่น โปรแกรม Datacenter โปรแกรม Master Cup Online เป็นต้น

#### ขั้นตอนการตรวจประเมินหน่วยบริการ

1. ประเมินข้อมูลเบื้องต้น ทีมผู้ตรวจประเมินที่รับผิดชอบ ตรวจสอบคุณสมบัติของสถานพยาบาล จากข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาล ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อที่ผ่านมาหรือข้อมูลการประเมินที่สถานพยาบาลส่งมาเบื้องต้น
2. ตรวจประเมินสถานพยาบาล ทีมผู้ตรวจประเมินตรวจสอบสถานพยาบาลว่ามีคุณสมบัติตามข้อมูลที่เสนอ โดยการสังเกต การซักถาม และพิจารณาจากเอกสารหลักฐาน ซึ่งแบ่งการตรวจเป็น 2 ส่วน คือ การตรวจสถานพยาบาลในภาพรวมและตรวจรายแผนกบริการ ให้คะแนนแต่ละข้อแล้วบันทึกคะแนนรายชื่อในแบบตรวจประเมิน

#### เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ

- 2 = มี/ดำเนินการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือ ดีกว่าเกณฑ์ที่กำหนด  
 1 = มี/ดำเนินการแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ แต่อนุโลมให้ผ่าน โดยต้องมีแผนพัฒนาในช่วงเวลาที่ชัดเจน  
 0 = ไม่มี/ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  
 8 = ไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากเป็น

- 1) สถานพยาบาลขนาด < 100 เตียง และเกณฑ์ระบุว่าไม่ต้องจัดบริการนั้น ๆ
- 2) สถานพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะบางโรค (เฉพาะทาง) และให้การรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพเช่น รพ.จิตเวช รพ.แม่และเด็ก ศูนย์มะเร็ง ศูนย์บำบัดยาเสพติด ศูนย์บริการทันตกรรม เป็นต้น และเกณฑ์ข้อนั้น ๆ ไม่เกี่ยวข้องับบริการที่สถานพยาบาลเข้าร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ

#### กรณีสถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนใหม่

ในข้อใดที่ได้คะแนน 0 หรือ 1 ให้ผู้ตรวจประเมิน บันทึกความเห็น เองใจ ข้อจำกัดของ หน่วยบริการ หรือ สิ่งที่ต้องปรับปรุงลงในท้ายข้อนี้ๆ โดยพิจารณาตามบริบท ความจำเป็น ความเหมาะสม ของหน่วยบริการและพื้นที่ ว่าจะต้องปรับปรุงหรือไม่อย่างไรบ้าง เพื่อให้สถานบริการจัดทำแผนพัฒนาเพื่อ ปรับปรุงให้เป็นไปตามเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่ สปสช.เขต กำหนด หลังจากนั้นจึงตรวจสอบผลการปรับปรุง และพิจารณาว่าจะรับหรือไม่รับขึ้นทะเบียนต่อไป

### กรณีเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนอยู่เดิม

ในข้อที่มีคะแนนเป็น 1 ให้ผู้ตรวจประเมิน บันทึกความเห็นว่าจะต้องปรับปรุงอย่างไรบ้าง เพื่อให้หน่วยบริการนำบันทึกความเห็นเองใจ ข้อจำกัดของหน่วยบริการหรือ สิ่งที่ต้องปรับปรุง ลงในท้าย ข้อนี้ๆ โดยพิจารณาตามบริบท ความจำเป็น ความเหมาะสมของหน่วยบริการและพื้นที่ ว่าจะต้องปรับปรุง หรือไม่อย่างไรบ้าง เพื่อให้หน่วยบริการนำบันทึกความเห็นนั้น ไปจัดทำแผนพัฒนาและดำเนินการปรับปรุง ตามแผนพัฒนาที่วางไว้ และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนแก่ สปสช.เขต ภายใน เวลาที่ สปสช.เขต กำหนด

### 3. สรุปผลการตรวจประเมินหน่วยบริการและการบันทึกผลการตรวจ เมื่อได้ผลคะแนนแล้ว ทีม ผู้ตรวจประเมินประชุม พิจารณา สรุปผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับการ ส่งต่อ โดย

3.1 จำนวนข้อที่ได้คะแนนเป็น 2, 1, 0 ในหมวดและแผนกต่างๆ เป็นร้อยละของข้อที่ต้อง ตรวจสอบทั้งหมด

3.2 สรุปผลการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนว่าอยู่ในกลุ่มใด

3.3 สรุปความเห็นในการปรับปรุงพัฒนา แกะไขสำหรับข้อที่มีคะแนนเป็น 1 และ 0

3.4 แจ้งความเห็นในการปรับปรุงพัฒนา แกะไขเบื้องต้นแก่สถานพยาบาลที่รับการตรวจ ประเมิน

3.5 ส่งผลการตรวจให้ผู้รับผิดชอบของสำนักงานสาขาเขตหรือสำนักงานสาขาจังหวัด

3.6 บันทึกข้อมูลผลการตรวจให้คะแนนและความเห็นในการปรับปรุงแก้ไขของแต่ละ หน่วยบริการ ในโปรแกรมสารสนเทศเพื่อการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ สปสช.

(โปรแกรม Datacenter)

ตารางสรุปผลการตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ

| เกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อ                            | จำนวนข้อทั้งหมด (A) | จำนวนข้อที่ต้องตรวจ (B) | จำนวนข้อที่ได้คะแนน      |                         |                         |
|--|---------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
|  |                     |                         | คะแนน 0 มี...ข้อ (C)     | คะแนน 1 มี...ข้อ (D)    | คะแนน 2 มี...ข้อ (E)    |
| <b>เกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อ หมวดหลัก</b>            |                     |                         |                          |                         |                         |
| หมวด 1 สักยภาพในการรับบริการส่งต่อ*                  | 4                   |                         |                          |                         |                         |
| หมวด 2 การจัดการทรัพยากรบุคคล*                       | 10                  |                         |                          |                         |                         |
| หมวด 3 การบริหารจัดการในองค์กร**                     | 8                   | 8**                     |                          |                         |                         |
| หมวด 4 การจัดระบบการให้บริการ**                      | 17                  | 17**                    |                          |                         |                         |
| หมวด 5 การกำกับและพัฒนาคุณภาพ**                      | 10                  | 10**                    |                          |                         |                         |
| หมวด 6 อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย**     | 6                   | 6**                     |                          |                         |                         |
| <b>เกณฑ์หน่วยบริการรายแผนกบริการ*</b>                |                     |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 1 บริการผู้ป่วยนอก*                             | 10                  |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 2 บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน                    | 15                  |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 3 บริการผู้ป่วยใน*                              | 10                  |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 4 บริการห้องคลอด*                               | 6                   |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 5 บริการห้องผ่าตัด*                             | 13                  |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 6 บริการทันตกรรม                                | 5                   |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 7 บริการเภสัชกรรม                               | 12                  |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 8 บริการเทคนิคการแพทย์                          | 8                   |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 9 บริการรังสีวินิจฉัย                           | 10                  |                         |                          |                         |                         |
| แผนก 10 บริการหอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต*           | 7                   |                         |                          |                         |                         |
| <b>รวมจำนวนข้อเกณฑ์หน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อ</b> | <b>151</b>          | <b>sum (B)</b>          |                          |                         |                         |
| <b>รวมจำนวนข้อในคะแนน 2, 1, 0</b>                    |                     |                         | <b>sum (C)</b>           | <b>sum (D)</b>          | <b>sum (E)</b>          |
| <b>ร้อยละจำนวนข้อในคะแนน 2, 1, 0***</b>              |                     |                         | <b>(sum C/sum B)*100</b> | <b>sum D/sum B)*100</b> | <b>sum E/sum B)*100</b> |

หมายเหตุ \* จำนวนข้อ / จำนวนแผนกที่ต้องตรวจ ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง หรือบริการที่เข้าร่วมในระบบหลักประกันฯ และข้อที่เป็น 8 จะไม่นำค่าน้ำหนักเพื่อสรุปผลการตรวจประเมิน  
 \*\* จำนวนข้อที่ต้องตรวจเท่ากันทุกขนาดหน่วยบริการ และทุกประเภทบริการ  
 \*\*\* ร้อยละจำนวนข้อที่ได้คะแนน 2, 1, 0 เมื่อเทียบกับจำนวนข้อที่ต้องตรวจ(B) ของสถานพยาบาลนั้น ๆ



การพิจารณาผลการตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

| กลุ่ม   | % ของข้อที่ได้แต่ละคะแนน   | การแปลผล  | ผลการตรวจประเมินขั้น ้นทะเบียน  |
|---------|--|---|---|
| กลุ่ม 1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ทุกข้อมีคะแนนเป็น 2 (ข้อคะแนน 2 = 100 %)</li> </ul>   | คุณสมบัติตามเกณฑ์   | ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขั้น ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  |
| กลุ่ม 2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อที่ได้คะแนน 2 อยู่ระหว่าง 75 - 99.99 % และมีข้อที่ได้คะแนน 0 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 % (ข้อคะแนน 2 = 75 - 99.99 % + ข้อคะแนน 0 &lt;= 10 %)</li> </ul>   | คุณสมบัติใกล้เคียงเกณฑ์   | ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขั้น ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ และต้องพัฒนาต่อเนือง ซึ่งหน่วยบริการต้องจัดทำแผน และดำเนินการพัฒนา โดยสำนักงานอาจทำการตรวจซ้ำได้ในกรณีที่มีปัญหาการให้บริการ |
| กลุ่ม 3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อที่ได้คะแนน 2 อยู่ระหว่าง 75 - 99.99 % และมีข้อที่ได้คะแนน 0 มากกว่า 10 % (ข้อคะแนน 2 = 75 - 99.99 % + ข้อคะแนน 0 &gt; 10 %)</li> <li>ข้อที่ได้คะแนน 2 อยู่ระหว่าง 50 - 74.99 % (ข้อคะแนน 2 = 50 - 74.99 %)</li> </ul> | คุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ส่วนขาดพอยอมให้อยู่ในระบบได้               | ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขั้น ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อแต่ต้องพัฒนาเร่งด่วน ซึ่งหน่วยบริการต้องจัดทำแผน และดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข ภายในเวลาที่สำนักงานกำหนด                           |
| กลุ่ม 4 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ข้อที่ได้คะแนน 2 น้อยกว่า 50 % ของข้อที่ตรวจ (ข้อคะแนน 2 &lt; 50 %)</li> </ul>  | คุณสมบัติต่ำกว่าที่เกณฑ์กำหนดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ | ไม่ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขั้น ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อ   |

สรุปผลการพิจารณาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

กลุ่มที่ 1, 2, 3 สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อรายใหม่ หรือ คงอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ ในสถานะหน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้

กลุ่มที่ 4 ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในปีที่ประเมินได้ ยกเว้นในกรณีที่เป็หน่วยบริการสังกัดภาครัฐที่ไม่ผ่านการประเมิน ให้สปสข.

เขต ให้คำแนะนำในการพัฒนา ปรับปรุง โดยพิจารณาตามศักยภาพที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ณ ปัจจุบันให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นสำคัญ และ สปสข. เขตสรุปรายงานผลการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อรับทราบและดำเนินการปรับปรุงพัฒนาหน่วยบริการนั้น เนื่องจากเป็นหน้าที่ของรัฐที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญในการให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานแก่ประชาชน

## แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขั้นทะเบียน "หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ"

### หมวด 1 สักยภาพในการรับการส่งต่อ

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน        | ข้อสังเกต/เงื่อนไข การปรับปรุง |
|--|---|-------|-------------------|--------------------------------|
| ม1-1. มีเตียงรับผู้ป่วยใน โดยมีอัตราส่วนเตียง ต่อ จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการประจำ ที่แจ้งความประสงค์จะส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ ไม่น้อยกว่า 1: 1,000 คน | <ul style="list-style-type: none"> <li>● พิจารณาความพร้อมในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน เพื่อประกันว่าสถานพยาบาลมีเตียงเพียงพอให้บริการกับผู้ที่มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้ โดยคำนวณเป็นร้อยละ <u>จำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง X 100</u><br/>จำนวนเตียงที่ควรมี</li> <li>การประมาณการจำนวนเตียงที่ควรมี ให้ใช้จำนวนประชากรที่เป็นปัจจุบันของสถานพยาบาล และพิจารณาดังต่อไปนี้</li> <li>1. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (1:1,000)</li> <li>2. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการรับส่งต่อในจังหวัด (1:2,000)</li> <li>3. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด (1:4,000)</li> <li>4. เตียงสำหรับให้บริการนอกจากสิทธิ UC</li> <li>● กรณีที่สถานพยาบาลนั้นมีการรับขึ้นทะเบียนผู้ประกันสังคมรวมทั้งยังมีผู้รับบริการอื่นๆ เช่น ประกันเอกชน ผู้จ่ายเงินเอง แรงงานต่างชาติ เป็นจำนวนมาก สถานพยาบาลนั้น ต้องมีเตียงเพิ่มเติมขึ้นเพื่อรองรับผู้รับบริการกลุ่มนี้ ด้วยโดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของแต่ละสิทธิประโยชน์ หากไม่กำหนดไว้ ให้ถือเกณฑ์: 1,000 เช่น รพช. รับส่งต่อเฉพาะประชากรในอำเภอที่รับผิดชอบ 1:1,000</li> <li>● รพท. รับส่งต่อจากประชากรอำเภอเมือง 1:1,000 และรับจากต่างอำเภอในจังหวัด 1:2,000 และประกันสังคมอีก 1:1,000</li> <li>● รพศ. รับส่งต่อจากประชากรอำเภอเมือง 1:1,000 รับจากต่างอำเภอในจังหวัด 1:2,000 และข้ามจังหวัด 1:4,000</li> </ul> | 2     | ร้อยละ 80 ขึ้นไป  |                                |
|  |   | 1     | ร้อยละ 50 - 79    |                                |
|  |   | 0     | น้อยกว่าร้อยละ 50 |                                |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไข การปรับปรุง |
|---|---|-------|---|--------------------------------|
| <p>ม1-2. มีเตียงรับผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในสภาพพร้อมใช้กู้พื้นคืนชีพ โดยมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน มีไม่น้อยกว่า 3 เตียง</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจำนวนเตียงทั้งหมดที่พร้อมให้บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของหน่วยบริการ และอย่างน้อย 1 เตียงต้องเป็นเตียงสำหรับการกู้พื้นคืนชีพโดยเฉพาะ (ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ) ส่วนที่เหลือเป็นเตียงชนิด หรือ ประเภทใดก็ได้ รวมถึงเตียงที่เคลื่อนย้ายได้ (stretcher) และควรเพิ่มจำนวนตามปริมาณงาน ส่วนการตรวจว่าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เปิดนั้น ได้มาตรฐานหรือไม่ จะไปตรวจแยกแผนกตามเกณฑ์สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ของ บริการฉุกเฉิน ต่อไป</li> </ul>   | 2     | เป็นตามเกณฑ์  |                                |
|   |   | 1     | มี 2 เตียง และเป็นเตียงสำหรับกู้พื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 เตียง   |                                |
|   |   | 0     | มีน้อยกว่า 2 เตียง หรือ ไม่มีเตียงสำหรับกู้พื้นคืนชีพ   |                                |
| <p>ม1-3. มีห้องผ่าตัดในอัตราส่วน ไม่น้อยกว่า 1 ห้องต่อเตียงของหน่วยบริการ 50 เตียง</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• พิจารณาเฉพาะจำนวนห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการได้ โดยการเทียบตามสัดส่วนของจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการจริง ทั้งนี้ไม่นับรวมห้องผ่าตัดเล็ก ส่วนการตรวจว่าผ่านมาตรฐานห้องผ่าตัดหรือไม่จะไปตรวจแยกแผนกตามเกณฑ์สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ของบริการห้องผ่าตัด</li> <li>• กรณีเป็นสถานพยาบาลที่รักษาโรคทั่วไปแต่ไม่มีห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการ หรือมีแต่ไม่ให้บริการ ให้จัด X ในช่อง 0 เมื่อข้อนี้เป็น 0 ในแผนกห้องผ่าตัดจะเป็น 0 ทุกข้อ</li> <li>• กรณีเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค เช่น รพ.จิตเวช ศูนย์บำบัดยาเสพติด เป็นต้น หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ เช่น รพ.เอกชนที่เข้าร่วมบริการโรคไต ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด ให้จัด X ในช่อง 8 ซึ่งข้ออื่น ๆ ในแผนกห้องผ่าตัดก็จะเป็น 8 ทุกข้อ (ไม่รวมกรณี รพ.ไม่พร้อมจัดบริการ)</li> </ul> | 2     | มีจำนวนห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการครบตามเกณฑ์   |                                |
|   |   | 1     | มีจำนวนห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการต่ำกว่าเกณฑ์  |                                |
|   |   | 0     | ไม่มีห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการ  |                                |
|   |   | 8     | ไม่มีบริการห้องผ่าตัด เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                                |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไข การปรับปรุง |
|---|---|-------|---|--------------------------------|
| <p>ม1-4. หน่วยบริการที่เปิดให้บริการ ตั้งแต่100 เตียงขึ้นไป ต้องมีหอผู้ป่วยหนัก โดยมีอัตราส่วน จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักต่อ เตียงของหน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 1: 50</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาการจัดให้มีบริการหอผู้ป่วยหนักในสถานพยาบาล โดยเฉพาะสถานพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไป พิจารณาจากจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักว่ามีเพียงพอหรือไม่ ในอัตราส่วนจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักต่อ เตียงของหน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 1: 50 ส่วนการตรวจว่าผ่านมาตรฐานหอผู้ป่วยหนักหรือไม่ จะไปตรวจแยกแผนกตามเกณฑ์สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ การบริการหอผู้ป่วยหนัก</li> <li>กรณีสถานพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไป แต่ไม่มีหอผู้ป่วยหนักให้จัด X ในช่อง 0 ซึ่งเกณฑ์แผนกหอผู้ป่วยหนักจะเป็น 0 ทุกข้อ</li> <li>กรณีสถานพยาบาลขนาดน้อยกว่า 100 เตียง และมีการจัดบริการหอผู้ป่วยหนักเช่น รพ.เอกชน จะต้องพิจารณาเกณฑ์ข้อนี้ ด้วย</li> <li>กรณีสถานพยาบาลขนาดน้อยกว่า 100 เตียง หรือสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนักให้จัด X ในช่อง 8 ซึ่งข้ออื่น ๆ ในเกณฑ์หอผู้ป่วยหนักจะเป็น 8 ทุกข้อ</li> </ul> | 2     | มีหอผู้ป่วยหนักและจำนวนเตียงครบตามเกณฑ์   |                                |
|   |   | 1     | มีหอผู้ป่วยหนักแต่จำนวนเตียงต่ำกว่าเกณฑ์  |                                |
|   |   | 0     | ไม่มีหอผู้ป่วยหนัก  |                                |
|   |   | 8     | ไม่มีบริการหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากเป็น รพ. ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก |                                |

## หมวด 2 การจัดการทรัพยากรบุคคล

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับคำสั่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน  | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|--|---|-------------------------------|
| <p>ม2-1. ผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการต้องได้รับใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ จากสภาวิชาชีพ</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลว่าผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานทั้งประจำและpart time เป็นผู้ที่มีใบประกอบวิชาชีพ หรือมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีเลขที่ใบอนุญาตถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน</li> </ul> | 2  | บุคลากรมีใบอนุญาตตามกฎหมายทุกคน                         |                               |
|  |  | 0  | บุคลากรมีใบอนุญาตตามกฎหมายไม่ครบทุกคน                   |                               |
|  |  | (ข้อนี้ไม่มีการให้คะแนน 1 เพราะเป็นสิ่งที่ต้องมีตามกฎหมาย) |   |                               |
| <p>ม2-2. จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำทุกแผนกที่จัดให้บริการ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด24 ชั่วโมง</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>หมายถึง แผนกที่มีการจัดให้บริการในลักษณะเวรผลัดต้องมีบุคลากรอยู่ประจำ 24 ชม.</li> </ul>   | 2  | มีบุคลากรให้บริการแบบเวรผลัด ครบ24 ชม.                  |                               |
|  |  | 1  | มีบุคลากรให้บริการแบบเวรผลัด 16 ชม. ที่เหลือเป็น Oncall |                               |
|  |  | 0  | มีบุคลากรให้บริการ 8 ชม.ที่เหลือเป็น Oncall             |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน        | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|-------------------|-------------------------------|
| <p>ม2-3. มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ โดยมีสัดส่วนจำนวนแพทย์ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการประจำที่แจ้งความประสงค์จะส่งต่อผู้รับบริการ ไม่เกิน 1:15,000 โดยคิดแยกต่างหากจากอัตราค่าล้างที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทอื่นๆ</p> | <p>● เพื่อประกันว่าแพทย์มีจำนวนเพียงพอให้บริการกับผู้ที่มีสิทธิที่ลงทะเบียนโดยคำนวณเป็นร้อยละ <math>\frac{\text{จำนวนแพทย์ที่มีจริง}}{\text{จำนวนแพทย์ที่ควรมี}} \times 100</math></p> <p>จำนวนแพทย์ที่ควรมี ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งมา ทุกแห่งรวมกัน (1:15,000)</li> <li>จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่ส่งมาจากหน่วยบริการรับส่งต่อในจังหวัด (1:20,000)</li> <li>จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่ส่งมาจากหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด (1:80,000)</li> <li>จำนวนแพทย์ต่อผู้รับบริการนอกจากสิทธิ UC (1:15,000)</li> </ol> <p>ทั้งนี้ หากสถานพยาบาลนั้นเป็นทั้งหน่วยที่รับการส่งต่อและเป็นหน่วยบริการประจำที่ให้บริการปฐมภูมิด้วย ให้คำนวณแยกกันดังตัวอย่าง</p> <p>ตัวอย่างที่ 1. รพช. มีผู้มีสิทธิ UC ทั้งอำเภอ 30,000 คน จำนวนแพทย์ที่ควรมีคือ บริการปฐมภูมิ 3 คน (1:10,000 ตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ) บริการรับส่งต่อ 2 คน (1:15,000) แพทย์ทั้งหมดที่ควรมีรวม 5 คน</p> <p>ตัวอย่างที่ 2. รพท/รพศ. มีประชากร UC ในอำเภอที่รับผิดชอบ 30,000 คน และประชากร UC ทั้งจังหวัด 300,000 คน ประชากร UC ทั้งเขต 3 ล้าน คน จำนวนแพทย์ที่ควรมีอย่างน้อย คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>บริการปฐมภูมิ 3 คน (1:10,000 ตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ)</li> <li>บริการรับส่งต่อจากหน่วยปฐมภูมิ 2 คน (1:15,000)</li> <li>บริการรับส่งต่อจากหน่วยรับส่งต่อในจังหวัด 15 คน (1:20,000) แพทย์ทั้งหมดที่ควรมี รวม รพท. 20 คน</li> <li>บริการรับส่งต่อจากหน่วยรับส่งต่อในเขต 38 คน (1:80,000) แพทย์ทั้งหมดที่ควรมีรวม รพศ. 58 คน</li> </ol> | 2     | ร้อยละ 80 ขึ้นไป  |                               |
|   |  | 1     | ร้อยละ 50 - 79    |                               |
|   |  | 0     | น้อยกว่าร้อยละ 50 |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน                      | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|----------------------------|---|-------------------------------|
|   | <p>ตัวอย่างที่ 3. รพ. เอกชน มีผู้มีสิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียน 150,000 คน และรับการส่งต่อจากคลินิกอบอุ่น 15,000 คน จำนวนแพทย์ที่ควรมีบริการปฐมภูมิ 15 คน (1 : 10,000 ตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ) บริการรับส่งต่อ 11 คน (1 : 15,000) แพทย์ที่ควรมีในการให้บริการผู้มีสิทธิ รวม 26 คน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีรับผู้ประกันตนของประกันสังคม รวมทั้งยังมีผู้รับบริการอื่นๆ เช่น ประกันเอกชน ผู้จ่ายเงินเอง แรงงานต่างชาติ หน่วยบริการนั้นต้องจัดแพทย์เพิ่มเติมขึ้นเพื่อรองรับผู้รับบริการกลุ่มนี้ ด้วยโดยเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบนั้นๆ หรือ สัดส่วน 1 : 15,000 จำนวนแพทย์ที่มีจริง ประกอบด้วย</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงเต็มเวลา</li> <li>2. กรณีแพทย์ปฏิบัติงานกึ่งเวลา(part time)ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคนที่ปฏิบัติงานจริงโดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน</li> </ol>  |                            |   |                               |
| <p>ม2-4. จำนวนพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำในสัดส่วนที่เพียงพอ และเหมาะสมกับปริมาณงาน ไม่น้อยกว่ามาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งทั้งหมดที่ปฏิบัติงานการพยาบาลจริง ประจำแต่ละแผนกบริการต่างๆ ต้องมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงานซึ่งนอกจากจะเปรียบเทียบกับกฎ กระทรวงว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล.ศ. 2545 ที่กำหนดเกี่ยวกับจำนวนพยาบาลชั้นต่อ ต่อเตียงผู้ป่วย คือ จำนวนเตียงไม่เกิน 10 เตียง : พยาบาล 3 คน</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนเตียง 11 – 30 เตียง : พยาบาล 6 คน</li> <li>2. จำนวนเตียง 31 - 60 เตียง : พยาบาล 9 คน</li> <li>3. จำนวนเตียง 61 - 90 เตียง : พยาบาล 12 คน</li> </ol> <p>โดย พยาบาลวิชาชีพ ต่อจำนวนเตียงที่เพิ่ม 2 คน ต่อ 1-30 เตียง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• นอกจากนี้ ควรพิจารณาถึงภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ คือ สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ต่อ ผู้ป่วย ดังนี้<br/>OPD 1:100 ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1:10 (อย่างน้อย 2 คนในแต่ละเวร)<br/>ห้องผ่าตัด 2:1 ห้องคลอด 2:1 วิสัญญี 2:1 หอผู้ป่วยหนัก (ผู้ใหญ่) 1:2 หอ</li> </ul> | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> | <p>มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ครบทุกแผนกตามเกณฑ์</p> <p>มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ สัดส่วนน้อยกว่ามาตรฐานภาระงาน ในบางแผนก แต่ในภาพรวมไม่ต่ำกว่าเกณฑ์</p> <p>มีจำนวนรวมของพยาบาลวิชาชีพ ต่ำกว่าจำนวนขั้นต่ำที่ต้องมีตามกฎกระทรวง และ/หรือ ไม่มีพยาบาลวิชาชีพในบางแผนก</p> |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน                      | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|----------------------------|---|-------------------------------|
|  | <p>ผู้ป่วย 1:4-6 ในแต่ละเวรผลัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ในกรณีพยาบาลปฏิบัติงานถึงเวลา (part time) ให้นับรวม จำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง โดย160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด12 เดือน นับเป็น 1 คน</li> <li>ในกรณีพยาบาลปฏิบัติงานถึงเวลา (part time) ให้นับรวม จำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง โดย160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด12 เดือน นับเป็น 1 คน</li> </ul>   |                            |   |                               |
| <p>ม2-5. ความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด วิสัญญี และหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ผ่านการศึกษาอบรม หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์อย่างน้อย2ปี</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน และหัวหน้าหน่วยงาน ในหน่วยงานที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ คือ ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด วิสัญญี และหอผู้ป่วยหนัก</li> <li>ต้องมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ปฏิบัติงานประจำ และเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับหน้าที่ ได้รับการฝึกอบรมเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน การฝึกอบรมระยะสั้น หรือ ได้รับวุฒิบัตรแสดงการศึกษาต่อเนื่อง ในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหัวหน้าหน่วยงาน</li> <li>สอบถามร่วมกับการดูเอกสารหลักฐานคุณวุฒิ ประวัติการทำงาน ประวัติการศึกษาอบรม จากฝ่ายการพยาบาล หรือจากแผนกบริหารบุคคล</li> </ul> | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> | <p>พยาบาลวิชาชีพ และหัวหน้าหน่วยงาน ในแผนกที่กำหนดทุกคน ได้รับการฝึกอบรมจนมีความรู้และทักษะเพียงพอ</p> <p>พยาบาลวิชาชีพ และหัวหน้าหน่วยงาน ในแผนกที่กำหนด จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่ง ได้รับการฝึกอบรมจนมีความรู้และทักษะเพียงพอ</p> <p>พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงานใน แผนกที่กำหนดจำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการฝึกอบรม มีความรู้และทักษะเพียงพอ</p> |                               |
| <p>ม2-6. มีเภสัชกร อย่างน้อย 1คน และไม่ น้อยกว่า 1 คนต่อ 60 เตียง</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลว่ามีเภสัชกรซึ่งมีใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ปฏิบัติงานในส่วนบริหารเวชภัณฑ์ บริการเภสัชกรรม รวมถึงบริการเภสัชกรรมคลินิก เป็นประจำในหน่วยบริการ อย่างน้อย 1 คน และมีจำนวนให้บริการทั้งหมด เท่าใด เพื่อคำนวณหาสัดส่วนต่อเตียง เภสัชกร ต่อจำนวนเตียง ที่เพิ่ม 1 คน ต่อ 1- 60 เตียง</li> <li>กรณี เป็นหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือรับผิดชอบงานอื่น เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข(non UC) ร่วมด้วย ต้องมีจำนวนเภสัช</li> </ul>  | <p>2</p> <p>1</p>          | <p>มีเภสัชกรประจำ และมีจำนวนที่ให้บริการครบตามเกณฑ์</p> <p>มีเภสัชกรประจำ แต่มีจำนวนที่ให้บริการน้อยกว่าเกณฑ์</p>   |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|---|-------------------------------|
|  | <p>กร เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์แลหรือตามภาระงาน ให้คิดจำนวนชั่วโมงที่ดองทำงาน 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด12 เดือน ต้องมีเพิ่มอีก1 คน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีเก็ชกรปฏิบัติงนถึงเวล (part time)ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมด ทุก คน ที่ปฏิบัติงนจริง โดย160 ชั่วโมงต่อเดือน รวม12 เดือน นับเป็น 1 คน</li> </ul>   | 0     | ไม่มีเก็ชกรที่ปฏิบัติงนประจำ  |                               |
| ม2-7. มีนักเทคนิคการแพทย อย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คนต่อ 60 เตียง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลว่ามีนักเทคนิคการแพทย ซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพสาขาเทคนิคการแพทย ปฏิบัติงนเป็นการประจำในหน่วยบริการ จำนวนเท่าใด และคำนวณหาสัดส่วนต่อเตียงเทคนิคการแพทย ต่อจำนวนเตียง ที่เพิ่ม 1 คน ต่อ 1- 60 เตียง</li> <li>• กรณีปฏิบัติงนไม่เต็มเวลา ให้คำนวณชั่วโมงการปฏิบัติงนเช่นเดียวกับแพทย</li> </ul>   | 2     | มีนักเทคนิคการแพทยปฏิบัติงนครบ ตามเกณฑ์   |                               |
|  |   | 1     | มีนักเทคนิคการแพทย จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์ โดยมีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย ปฏิบัติงนแทน                                     |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีนักเทคนิคการแพทย หรือ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย ปฏิบัติงน  |                               |
| ม2-8. หน่วยบริการ ตั้งแต่100 เตียง ขึ้นไปจัดให้มีแพทยผู้เชี่ยวชาญ อย่างน้อย4 สาขาหลัก คือ สาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และ กุมารเวชกรรม โดยจัดให้แพทยแต่ละสาขาปฏิบัติงนอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่าสาขาละ 1 คน ในแต่ละเวรผลัด | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลรายชื่อ/จำนวนแพทยที่ได้รับวุฒิบัตร อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญ 4 สาขาหลัก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และ กุมารเวชกรรม ที่ปฏิบัติงนประจำในหน่วยบริการ และการจัดตารางเวรการปฏิบัติงนของแพทยผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งให้บริการได้ในทันทีในกรณีเมื่อได้รับคำปรึกษาหรือกรณีฉุกเฉิน อย่างน้อยสาขาละ 1 คนในแต่ละเวรผลัด ซึ่งอาจจัดเป็นผลัดละ 4 ชม.หรือ 8 ชม. หรือ 12 ชม. ขึ้นกับสภาพความเหมาะสม</li> <li>• หน่วยบริการขนาด &lt; 100 เตียง ไม่ตรวจ ให้ X ในช่องคะแนน 8</li> </ul> | 2     | มีแพทยผู้เชี่ยวชาญ ครบ4 สาขาหลัก และแต่ละสาขาปฏิบัติงนอยู่เป็นการประจำไม่น้อยกว่าสาขาละ 1 คน ในแต่ละเวรผลัด               |                               |
|  |   | 1     | มีแพทยผู้เชี่ยวชาญครบ4 สาขา แต่ปฏิบัติงนในแต่ละเวรผลัดได้ไม่ครบ4 สาขา   |                               |
|  |   | 0     | หน่วยบริการมีมากกว่า 100 เตียงแต่มีแพทยผู้เชี่ยวชาญไม่ครบ4 สาขาหลัก   |                               |
|  |   | 8     | เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบUC เฉพาะบางโครงการ |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|---|-------------------------------|
| <p>ม2-9. หน่วยบริการตั้งแต่100เตียงขึ้นไป จัดให้มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานประจำไม่น้อยกว่า1 คน ให้สอดคล้องกับการให้บริการ</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพครบทั้ง4 ด้าน โดยตรวจดูหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลว่ามีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับประกาศนียบัตร ปริญญา / วุฒิบัตร สาขาทันตกรรมทั่วไป หรือสาขาอื่นที่สอดคล้องกับการให้บริการใน 5 สาขาดังนี้ 1) ทันตกรรมหัตถการ 2) ศัลยศาสตร์ในช่องปาก 3) ทันตกรรมประดิษฐ์ 4) ทันตกรรมปริทันต์ 5) ทันตกรรมเด็ก</li> <li>กรณีสถานพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไป แต่ไม่มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน6 สาขาให้จัด X ในช่อง 0 แต่เกณฑ์แผนกบริการทันตกรรมอาจเป็น 2,1,0 ก็ได้</li> <li>กรณีสถานพยาบาลขนาดน้อยกว่า 100 เตียง หรือสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการทันตกรรมให้จัด X ในช่อง 8 ซึ่งข้ออื่นๆ ในเกณฑ์แผนกบริการทันตกรรมจะเป็น 8 ทุกข้อด้วย</li> </ul> | 2     | มีสาขาทันตกรรมทั่วไปอย่างน้อย1 คน หรือมีสาขาอื่นที่สอดคล้องกับการให้บริการร่วมด้วย  |                               |
|  |   | 1     | มีสาขาอื่น แต่ไม่มีสาขาทันตกรรมทั่วไป   |                               |
|  |   | 0     | หน่วยบริการมีมากกว่า 100 เตียง แต่ไม่มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน6 สาขา ที่สอดคล้องกับการให้บริการ   |                               |
|  |   | 8     | ไม่มีบริการทันตกรรม เนื่องจากเป็น รพ. ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการทันตกรรม |                               |
| <p>ม2-10. มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคลในหน่วยบริการ</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจดูจากบันทึกหลักฐานที่แสดงว่าสถานพยาบาลมีการดำเนินการในการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน คือ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผนพัฒนาบุคลากร (ช่วงเวลาปัจจุบัน) ที่สอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างขององค์กร และทรัพยากรของหน่วยงาน</li> <li>มีบันทึกรายงานการดำเนินการ บันทึกประวัติการฝึกอบรมการประเมินผล การปฏิบัติเป็นระยะ</li> <li>มีการจัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน หรือ ส่งไปร่วมกับภายนอกหน่วยงาน</li> </ul> </li> </ul>  | 2     | มีแผนและการดำเนินการตามแผน  |                               |
|  |   | 1     | มีแผนแต่การดำเนินการไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์   |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |

### หมวด 3 การบริหารจัดการในองค์กร

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                                    | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|---|-------------------------------|
| ม3-1. มีการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของหน่วยบริการและสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับทุกหน่วยงานรับทราบเข้าใจ                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงวิสัยทัศน์ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของหน่วยบริการ และกลวิธีการสื่อสารภายในองค์กร</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์                  |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมหรือครบถ้วนสมบูรณ์ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                             |                               |
| ม3-2. การจัดโครงสร้างองค์กรระดับหน่วยบริการที่บ่งชี้ด้านการบังคับบัญชาและรองรับการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงการจัดโครงสร้างของหน่วยบริการในระดับองค์กร และระดับหน่วยงาน</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์                  |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมหรือครบถ้วนสมบูรณ์ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                             |                               |
| ม3-3. มีการกำหนดความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ ของหน่วยงานโดยมีการมอบหมายงานแก่บุคลากรทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงการกำหนด/มอบหมายความรับผิดชอบ (job description / Job Assignment) แก่บุคลากรทุกระดับ พิจารณาจากหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์                  |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมหรือครบถ้วนสมบูรณ์ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                             |                               |
| ม3-4. มีการจัดทำแผนงาน โครงการและระบบติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญครอบคลุมด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การบริการทั่วไปและการบริหารจัดการของหน่วยบริการ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงแผนยุทธศาสตร์และแผนงาน/โครงการในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข บริการทั่วไปและการบริหารของหน่วยบริการ การกำหนดตัวชี้วัดและระบบรายงานผลการติดตามความก้าวหน้า</li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์                  |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมครบถ้วนสมบูรณ์     |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                             |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|--|-------------------------------|
| ม3-5. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเรียกเก็บเงินและบันทึกบัญชีประกันสุขภาพอย่างชัดเจน                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน คำสั่งหรือเอกสารอย่างเป็นทางการที่แสดงว่ามี การกำหนดหรือมอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านการประกันสุขภาพของหน่วยบริการที่ชัดเจน ครอบคลุมงาน ด้านการลงทะเบียนประชาชน การคุมยอดรับ-จ่ายงบกองทุนฯ การเรียกเก็บ และงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า</li> </ul>   | 2     | มีคำสั่งและมีผู้ปฏิบัติงานครอบคลุมงานที่ดื่ อปฏิบัติอย่างครบถ้วน |                               |
|   |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน                               |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ  |                               |
| ม3-6. ระบบรายงานทางการเงินเป็นไปตามข้อกำหนดของกรมบัญชีกลาง หรือกระทรวงพาณิชย์ (กรณีหน่วยบริการของเอกชน)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารหลักฐานรายงานทางการเงิน บัญชีคงค้าง รายงาน 0110 รง 5 และเป็นไปตามข้อกำหนดของกรมบัญชีกลาง(กรณีหน่วยบริการของรัฐ) หรือ กระทรวงพาณิชย์ (กรณีหน่วยบริการของเอกชน)</li> </ul>   | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์                              |                               |
| ม3-7. มีเครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายการรับส่งข้อมูลทางระบบอินเทอร์เน็ตกับ สปสช.ได้                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบว่าหน่วยบริการสามารถเครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงรับ-ส่งข้อมูลทางระบบอินเทอร์เน็ตกับ สปสช.ได้ โดยให้แสดงการทำงานของระบบให้ดู</li> </ul>   | 2     | มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ครบถ้วนเพียงพอ และสามารถดำเนินการได้        |                               |
|   |  | 1     | มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ครบถ้วนเพียงพอ แต่การดำเนินการไม่สมบูรณ์    |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ครบถ้วนเพียงพอ                           |                               |
| ม3-8. มีระบบข้อมูลสารสนเทศภายในหน่วยบริการที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการให้บริการและการบันทึกทางการเงิน จัดส่ง สปสช. ตามโปรแกรมที่กำหนดได้ครบถ้วน | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบว่าหน่วยบริการมีจัดทำระบบสารสนเทศภายในโรงพยาบาลด้วยกระดาษหรือโปรแกรมใดๆ ที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลทางการเงิน ข้อมูลการให้บริการ และอื่นๆตามที่ สปสช.กำหนดซึ่งสามารถส่งข้อมูลการให้บริการและการบันทึกทางการเงิน จัดส่ง สปสช. เช่น ตามโปรแกรม NHSO DRGmx , Hospital profile , รายงาน 0110 รง 5 ได้ครบถ้วน โดยตรวจสอบการทำงานจริง</li> </ul> | 2     | สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน  |                               |
|   |  | 1     | ดำเนินการได้แต่ไม่ครบถ้วน  |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ  |                               |

## หมวด 4 การจัดระบบการให้บริการ

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับคำสั่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                          | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|-------------------------------------|-------------------------------|
| ม4-1. มีการจัดขั้นตอนการให้บริการและระยะเวลาการรอคอย                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานต่างๆ เช่น มีบอร์ด แผ่นป้าย หรือ มีการชี้แจงแสดงขั้นตอนการบริการและ/หรือค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรับบริการแต่ละจุดของการให้บริการผู้ป่วย เช่น บริเวณโรงรถตรวจผู้ป่วยนอก บริเวณรอรับยา ให้ผู้รับบริการรับทราบได้ชัดเจน</li> </ul>  | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน. |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                   |                               |
| ม4-2. มีระบบนัดหมาย  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานและดูการปฏิบัติงานจริงเพื่อดูว่ามีวิธีปฏิบัติในระบบการนัดหมายและการติดตามการนัดหมายในกรณีผู้ใช้บริการที่ต้องมารับบริการต่อเนื่องซึ่งอาจเป็นกระดาษ หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์และมีการแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบด้วยรูปแบบใดๆ เช่น มีแบบฟอร์มใบนัด มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มีช่องลงบันทึกการนัดต่อเนื่อง การเตรียมแฟ้มประวัติผู้ป่วยรอไว้ในวันนัด ระบบการติดต่อขอเลื่อนนัด การติดต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดนัด</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน. |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                   |                               |
| <b>ม4-3 ระบบการสื่อสาร</b>   |  |       |                                     |                               |
| ม4-3.1 มีอุปกรณ์และวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารภายในหน่วยบริการ | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบอุปกรณ์และเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่นระบบเสียงตามสาย intercom ระบบชุมสายโทรศัพท์อัตโนมัติภายใน โทรศัพท์เครื่องรับ-ส่งวิทยุ อินทราเน็ตโดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพเช่น มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อแพทย์เจ้าหน้าที่ต่างๆ มีช่องทางการสื่อสารและประสานงานภายในองค์กร และตรวจสอบว่ามีที่ตั้งหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบจุดประชาสัมพันธ์ และมีวิธีปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นการตอบข้อซักถาม การให้ความช่วยเหลือการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ การอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ</li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน. |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                           | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|--------------------------------------|-------------------------------|
| ม4-3.2 มีอุปกรณ์และวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสาร ภายในเครือข่ายหน่วยบริการ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบอุปกรณ์และเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น โทรศัพท์ โทรสาร เครื่องรับ-ส่งวิทยุ อินเทอร์เน็ต โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่น มีรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับหน่วยบริการต่างๆได้ และตรวจสอบว่ามีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นการประสานงาน ตอบข้อซักถาม การให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก แก่หน่วยบริการเครือข่าย</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน         |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน   |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                    |                               |
| <b>4-4 ระบบการรับ การส่งต่อ และการส่งกลับ</b>   |   |       |                                      |                               |
| ม4-4.1 มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับบริการ อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น เร่งด่วน                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน ระบบคัดกรอง และแนวทางปฏิบัติ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการที่ได้รับการส่งต่อมาได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมตามความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เช่น มี flow chart แนวปฏิบัติ (guideline) และแบบ check list ต่างๆรวมถึงการจัดระบบรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน         |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน   |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                    |                               |
| ม4-4.2 มีการแจ้งผลการรักษา ส่งกลับไปยังหน่วยบริการผู้ส่ง ทูกราย   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐาน เช่น จากสำเนาใบส่งต่อ ในเวชระเบียน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อดูว่ามีการแจ้งผลการรักษาของผู้ป่วย กลับไปยังหน่วยบริการผู้ส่งต่อผู้ป่วยมาทุกราย รวมถึง ส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล (ถ้ามี)</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ร้อยละ70 ขึ้นไป |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการ ร้อยละ41 - 70         |                               |
|   |   | 0     | มีการดำเนินการน้อยกว่า ร้อยละ40      |                               |
| ม4-4.3 กรณีเกินขีดความสามารถ หรือไม่พร้อมให้บริการ ต้องสามารถส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ โดยมีกรบันทึกข้อมูลประกอบการส่งไปรักษาต่อที่เพียงพอ | <ul style="list-style-type: none"> <li>กรณีที่เกินขีดความสามารถ หรือไม่พร้อมให้บริการในขณะนั้น เช่น เตียงเต็ม ขาดบุคลากร หรือ เครื่องมือ/อุปกรณ์ไม่เพียงพอ หน่วยบริการรับส่งต่อห้ามปฏิเสธการรับผู้ป่วยแต่ต้องสามารถประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือ หน่วยบริการรับส่งต่ออื่นได้ โดยให้ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานจากสำเนาใบส่งต่อ ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อดูว่ามีการบันทึกข้อมูลประกอบการส่งเพียงพอ เหมาะสม ทูกราย หรือไม่</li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน         |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน   |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                    |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|---|-------------------------------|
| ม4-5. มีระบบการดูแลต่อเนื่อง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานแนวทางปฏิบัติในการติดตามดูแลผู้ป่วย เพื่อดูว่า               <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินสภาพและความต้องการก่อนจำหน่าย</li> <li>- พร้อมทั้งบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่องไว้</li> <li>- มีกระบวนการ/กิจกรรม/คำแนะนำ แสดงถึงการประสานกับบริการในชุมชนหรือหน่วยบริการที่ส่งต่อกลับบ้านหรือหน่วยบริการประจำในผู้ป่วยที่จำเป็น โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง</li> <li>- อาจขอตัวอย่าง <a href="#">discharge plan guideline</a> ใบส่งต่อ/ส่งกลับ ที่ปฏิบัติจริง</li> </ul> </li> </ul>  | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.   |                               |
|   |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน.   |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |
| <b>4-6 ระบบเวชระเบียน</b>   |  |       |   |                               |
| ม4-6.1 มีสถานที่และอุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่เหมาะสม สามารถเก็บบัตรตรวจโรค (OPD card) และเวชระเบียนผู้ป่วยในไว้ได้ไม่น้อยกว่า 5 ปีในสภาพที่เรียบร้อย ปลอดภัยและมีระบบป้องกันข้อมูลสูญหายรวมถึงการเก็บข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบสภาพสถานที่เก็บเวชระเบียน ได้แก่               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีห้องสำหรับการจัดเก็บภายในอาคารเป็นห้องที่มีอุณหภูมิเหมาะสมไม่ถูกแดดส่อง ปลอดภัยจากรังสี ไม่มีร่องรอยน้ำ รั่วซึมบนเพดาน พื้นและผนัง ปราศจากสัตว์ที่จะมาทำลายเอกสาร</li> <li>2. มีขนาดกว้างขวางเพียงพอในการจัดเก็บเวชระเบียนของหน่วยบริการ ทั้งบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน รองรับได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี</li> <li>3. ตรวจสอบอุปกรณ์ และการปฏิบัติจริงในการจัดเก็บเวชระเบียนว่าอุปกรณ์มีความมั่นคงแข็งแรงและการจัดเวชระเบียนเป็นระเบียบค้นหาได้รวดเร็ว</li> <li>4. หากจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ตรวจสอบว่ามีระบบการสำรองข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหายทุกวัน</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.   |                               |
|   |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์  |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |
| ม4-6.2 มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติหรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมเวชสถิติ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● เจ้าหน้าที่เวชสถิติหมายถึง ผู้มีคุณวุฒิปริญญาขึ้นไป ตามหลักสูตรด้านเวชสถิติ ผู้เข้ารับการอบรม หมายถึงเจ้าหน้าที่สาขาอื่น เช่น พยาบาลที่เข้ารับการอบรมระยะสั้น ด้านเวชระเบียน การบันทึกรหัสโรค</li> </ul>  | 2     | มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติอย่างน้อย 1 คน   |                               |
|   |  | 1     | ไม่มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติ แต่มีผู้ผ่านการอบรมเวชสถิติอย่างน้อย 1 คน หรือมีบุคลากรเวชสถิติ Parttime |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติ หรือ ผู้ผ่านการอบรม  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                                 | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
|  |  |       | เวชสถิติ                                   |                               |
| <p>ม4-6.3 มีบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน อย่างครบถ้วน ตามรายการที่กำหนด ในรูปแบบกระดาษหรือในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ มีการลงรหัสโรคตาม ICD-10 และรหัสการทำหัตถการตาม ICD-9 CM ในผู้ป่วยนอก และ/หรือผู้ป่วยใน</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สุ่มเลือก OPD card และเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างละ 10 ตัวอย่าง พิจารณาว่ามี การบันทึก               <ul style="list-style-type: none"> <li>ก) รายละเอียดข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยนอก คือ เลขประจำตัวประชาชน เพศ วันเกิด ที่อยู่ติดต่อได้ บันทึกอาการและการวินิจฉัย สำหรับผู้ป่วยใน เพิ่ม วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันจำหน่ายการวินิจฉัยโรค ซึ่งแยกออกเป็นการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล(complication) หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ สถานภาพจำหน่าย(กลับบ้าน ส่งต่อ เสียชีวิต)</li> </ul> </li> <li>• รหัสโรคตาม ICD-10 และ รหัสหัตถการ ตาม ICD-9 CM ใน OPD card ของผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน</li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                          |                               |
| <p>ม4-6.4 มีการบริการเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมงและมีระบบการยืม-คืนเวชระเบียน อย่างชัดเจน</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบตารางการจัดเวรเจ้าหน้าที่เวชระเบียนว่ามีการจัดเวรผลิตเพื่อสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน               |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                          |                               |
| <p>ม4-6.5 มีการจัดทำรายงานจากสถิติในเวชระเบียนและทะเบียนผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และนำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ บริการหรืองานบริหารอื่น</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารการรายงานต่างๆ ดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการเก็บบันทึกสรุปผู้ป่วยใน</li> <li>2. มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมการวินิจฉัยโรค</li> <li>3. มีการจัดทำ รายงานจำนวนผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่ายของแต่ละงานคลินิกบริการ</li> <li>4. มีการจัดทำรายงานจำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรค</li> <li>5. มีการจัดทำ รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทต่างๆ</li> <li>6. มีการวิเคราะห์ระยะเวลาอนโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยโรค</li> </ol> </li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                          |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                          | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <b>4-7 มีระบบการคุ้มครองสิทธิ</b>   |   |       |                                     |                               |
| ม4-7.1 มีแนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและทั่วถึงทั้งองค์กร  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานใดที่แสดงว่าหน่วยบริการมีการดำเนินการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย คือ มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยติดไว้ให้เห็นชัดเจน และมีแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในการคุ้มครองผู้ใช้บริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยการคุ้มครองสิทธิเด็ก ผู้พิการผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะเช่น ผู้ป่วยคดีเสพติด ถูกกดขี่ทางเพศ</li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.       |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน. |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                   |                               |
| ม4-7.2 มีแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการได้ทราบชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษา ในทุกหน่วยงาน                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบเอกสาร/หลักฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการได้ทราบชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษา ในทุกหน่วยงาน เช่น มีป้ายชื่อแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ มีป้ายชื่อเภสัชกรที่หน้าห้องยา มีป้ายชื่อแพทย์เจ้าของไข้ติดไว้ที่เตียงผู้ป่วย มีป้ายชื่อพยาบาลติดไว้ในหอผู้ป่วย มีป้ายชื่อแพทย์พยาบาลที่ให้ขึ้นเวรในห้องฉุกเฉิน</li> </ul>                     | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.       |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน. |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                   |                               |
| ม4-7.3 มีแนวทางปฏิบัติที่ผู้ใช้บริการสามารถรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยแนวทางการรักษา ทางเลือกการรักษา ผลการรักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายที่พึงเกิด | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบเอกสารหลักฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการสามารถรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยแนวทางการรักษา ทางเลือกการรักษา ผลการรักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายที่พึงเกิด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.       |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน. |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                   |                               |
| ม4-7.4 มีช่องทางให้ผู้ใช้บริการแสดงความคิดเห็นหรือร้องเรียนการรับบริการอย่างเพียงพอ และมีหน่วยรับข้อเสนอแนะ/ผลกระทบจากบริการ/ข้อปัญหาต่างๆ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบว่า มีช่องทาง/กล่องรับความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ใน OPD และ หอผู้ป่วย มีหน่วยให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาการใช้บริการ กรณีสิทธิบัตรประกันสุขภาพ รวมถึงช่องทางดำเนินการตามมาตรา 41 และจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนจากการรับบริการและการประกันสุขภาพ</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.       |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน. |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                   |                               |

## หมวด 5 การกำกับและพัฒนาคุณภาพ

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับส่งการต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
| <b>5-1 การนำระบบคุณภาพมาดำเนินการพัฒนาด้านทรัพยากรและการบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</b> |  |       |  |                               |
| ม5-1.1 มีการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบบริหารคุณภาพ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบว่าสถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ด้วยระบบใดๆ ดังต่อไปนี้ อยู่หรือไม่ เช่น HA , ISO (ทั้งระบบ), TQA เป็นต้น</li> <li>• ให้สถานพยาบาลแสดงเอกสาร หลักฐานว่ามีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หรือได้รับการรับรองคุณภาพ หรือ เอกสารที่แสดงว่าอยู่ระหว่างขอรับการรับรองคุณภาพ เป็นต้น</li> </ul> | 2     | ผ่านการรับรองคุณภาพ  |                               |
|  |  | 1     | ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA อย่างน้อยขั้น 1 หรืออยู่ระหว่างขอรับรองคุณภาพต่าง ๆ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ  |                               |
| ม5-1.2 มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคที่พบบ่อยหรือโรคเป็นปัญหา       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้สถานพยาบาลแสดงเอกสาร หลักฐาน คู่มือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรค สภาวะที่พบบ่อย โรคที่เป็นปัญหา โดยมีการจัดเก็บหรือติดตั้งอยู่ที่ที่เหมาะสมที่จะพร้อมใช้งานได้เมื่อต้องการพร้อมๆ มีการกำกับติดตามประเมินการปฏิบัติใช้งาน</li> </ul>  | 2     | มีการดำเนินการอย่างน้อย 5 เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญของสถานพยาบาล                         |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการน้อยกว่า 5 เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญของสถานพยาบาล                          |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ   |                               |
| <b>5-2 การบริหารความเสี่ยง</b>   |  |       |  |                               |
| ม5-2.1 มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบว่ามีรายชื่อผู้รับผิดชอบ หรือ มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การประกันคุณภาพ การติดเชื้อใน รพ. อาชีวอนามัย โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ที่เป็นปัจจุบัน</li> </ul>   | 2     | มีคณะกรรมการและดำเนินการสม่ำเสมอ   |                               |
|  |  | 1     | มีคณะกรรมการแต่ไม่มีการดำเนินการสม่ำเสมอ   |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับส่งการต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|---|-------------------------------|
| ม5-2.2 มีการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจากเอกสารหลักฐานว่ามีผลการสำรวจข้อมูล การเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์ / การค้นหาความเสี่ยง เพื่อทบทวนวิเคราะห์ปัญหา ในทุกหน่วยงาน และในทุกระดับ นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร รพ มีการจัดทำแผนและดำเนินการเพื่อป้องกันหรือจัดการความเสี่ยง และ <b>มีการจัดทำสรุป รายงานผลการค้นหาป้องกันความเสี่ยง เป็นประจำ</b></li> </ul>                           | 2     | มีการค้นหา จัดการ ป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของรพ.อย่างครบถ้วน         |                               |
|  |  | 1     | มีการค้นหา จัดการ ป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของรพ.แต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |
| <b>5-3 การควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล</b>  |  |       |   |                               |
| ม5-3.1 มีการจัดโครงสร้างการบริหารงานและมีการจัดการทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานว่า มีผู้รับผิดชอบ หรือคำสั่งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งรับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องครบถ้วนอย่างน้อย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร</li> <li>• มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) และมีพยาบาลประจำแผนกต่างๆที่ผ่านการอบรมจนมีความรู้ความสามารถเพียงพอ</li> </ul>           | 2     | มีคณะทำงานเหมาะสมและดำเนินการสม่ำเสมอ                                 |                               |
|  |  | 1     | มีคณะทำงานแต่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีการดำเนินการสม่ำเสมอ                  |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |
| ม5-3.2 มีการกำหนดแนวทางและมีการปฏิบัติในการจัดควบคุม หรือป้องกันการติดเชื้อ เป็นลายลักษณ์อักษร   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารหลักฐานและซักถาม ว่ามีการกำหนดแนวทาง วิธีการปฏิบัติ ในการจัด หรือการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย การกำจัดเชื้อ การทำลายและการทำให้ปราศจากเชื้อ รวมถึงการใช้งานและดูแลเครื่องมือที่ถูกต้อง</li> </ul>   | 2     | มีแนวทาง แผน และการปฏิบัติครบถ้วน สม่ำเสมอ                            |                               |
|  |  | 1     | มีแนวทาง แผน และการปฏิบัติที่ยังไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่ำเสมอ             |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |
| ม5-3.3 มีระบบรายงานอัตราการติดเชื้อหรือการสำรวจข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นระยะ หรือมีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้ใช้บริการ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจากเอกสารหลักฐาน ข้อมูลรายงานเพื่อดูว่ามีการเก็บข้อมูลการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการสอดใส่อุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ สายสวน ปัสสาวะ หรือ การวิเคราะห์หาอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือ มีการสำรวจอัตราหุก (prevalence survey) การติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้รับบริการ หรือ มีการสอบสวนการระบาด สม่ำเสมอ</li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วน สม่ำเสมอ  |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่ สม่ำเสมอ                              |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับส่งการต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                              | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|---|-------------------------------|
| ม5-4. ระบบการตรวจสอบด้านเวชระเบียน และรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน และการปฏิบัติจริงในสถานพยาบาล ร่วมกับการซักถาม เพื่อดูว่ามีการจัดการ               <ol style="list-style-type: none"> <li>มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน (medical record audit) อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง หรือไม่น้อยกว่า 5% ของแฟ้ม ต่อปี</li> <li>มีการรายงานผลการตรวจสอบ และการกำหนดแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เป็นลายลักษณ์อักษร หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์</li> </ol> </li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วน สม่าเสมอ          |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่าเสมอ |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                       |                               |
| ม5-5. มีการจัดประชุมวิชาการ หรือการนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย หรือการจัดทำวิจัย ในหน่วยบริการ | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบเอกสารหลักฐาน และการปฏิบัติจริงว่าสถานพยาบาลว่า มีรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา หรือรายงานการทบทวนการป่วยการตาย หรือ มีการจัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน ที่แสดงด้วยภาพ หรือวิธีการ ทางอิเล็กทรอนิกส์</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วน สม่าเสมอ          |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่าเสมอ |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                       |                               |
| ม5-6. มีระบบการกำกับคุณภาพที่ชัดเจนและสม่าเสมอ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบจากเอกสารหลักฐาน และการปฏิบัติจริงว่าสถานพยาบาลมีการดำเนินการต่อไปนี้ตามข้อ1-5 หรือไม่               <ol style="list-style-type: none"> <li>มีการกำหนดเครื่องชี้วัดในการประเมินผลการให้บริการ</li> <li>มีการกำหนดเครื่องชี้วัดในการประเมินผลด้านการเงิน</li> <li>มีการกำหนดเครื่องชี้วัดในการประเมินผลการให้บริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ</li> <li>มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่าเสมอด้วยวิธีทางสถิติ</li> <li>มีการนำเสนอข้อมูลและผลการวิเคราะห์ต่อผู้เกี่ยวข้อง</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการครบถ้วน สม่าเสมอ          |                               |
|   |   | 1     | มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่าเสมอ |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                       |                               |

## หมวด 6 อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                                 | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|--|-------------------------------|
| <p>ม.6-1 มีลักษณะอาคารสถานที่ และการจัดการพื้นที่เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กรณีเป็นสถานบริการเอกชน หรือเป็นไปตามที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนดกรณีเป็นสถานบริการของรัฐ หรือสภากาชาดไทย</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ในกรณีสถานพยาบาลเอกชน ตรวจสอบจากเอกสารหลักฐานผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประจำปี (แบบตรวจของกองประกอบโรคศิลปะ)</li> <li>• ในกรณีสถานพยาบาลภาครัฐถือว่าเป็นไปตามที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนดอยู่แล้ว หากมีการต่อเติมอาคารเองต้องพิจารณาหลักฐานด้านวิศวกรรม ความปลอดภัยด้วย</li> </ul>  | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์                             |                               |
|  |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                          |                               |
| <p>ม.6-2 การอำนวยความสะดวกและส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• พิจารณาโดยการสำรวจพื้นที่รอบสถานพยาบาลทั้งภายนอกและภายในอาคารเพื่อดูว่ามีการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ตามรายการในข้อ 1-7 หรือไม่</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีทางลาดสำหรับผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอก</li> <li>2. มีทางเชื่อมระหว่างจุดบริการผู้ป่วยทุกจุดรวมทั้งหอผู้ป่วยทุกช่องทางเชื่อมมีพื้นเรียบและมีหลังคา</li> <li>3. มีการอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น ห้องน้ำ คนพิการ ทางลาด เอียงขึ้นอาคารราวจับ</li> <li>4. มีลิฟต์หรือทางลาดสำหรับอาคารที่สูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป</li> <li>5. มีที่จอดรถยนต์และรถจักรยานยนต์สำหรับผู้ป่วยและญาติเป็นสัดส่วนซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากทางเข้าและมีพื้นที่จอดรถเพียงพอกับปริมาณความต้องการในช่วงที่มีผู้ใช้บริการปกติ</li> <li>6. มีจำนวนห้องส้วมเพียงพอ กับผู้ใช้อย่างน้อยห้องส้วม: เตียง = 1 : 6 โดยแยกสำหรับ ชาย หญิง เจ้าหน้าที่และมีเครื่องหมายบอกชัดเจนและมีกริ่งในห้องน้ำด้วย</li> <li>7. มีป้ายบอกหรือสัญลักษณ์ที่แสดงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆให้เห็นชัดเจน</li> </ol> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน.              |                               |
|  |   | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน.        |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                          |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                         | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|------------------------------------|-------------------------------|
| <p>ม.6-3 มีการจัดการความสะอาดของสถานที่ และการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาคาร</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบสถานพยาบาลทั้งภายนอกและภายในอาคาร ว่ามีการจัดการความสะอาดของสถานที่ และการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาคาร ตามรายการตรวจในข้อ 1 - 5 หรือไม่</li> <li>1. สถานที่ทุกแห่งของหน่วยบริการมีความสะอาดเป็นระเบียบปราศจากขยะ เรือราดไม่มีหยากไย่ตามฝ้าเพดานขอบหน้าต่าง ไม่มีฝุ่นละออง</li> <li>2. ห้องน้ำ ห้องส้วมทุกแห่งมีความสะอาดแห้ง ไม่มีกลิ่นเหม็น</li> <li>3. ระบบการตรวจสอบและควบคุมสัตว์และแมลงพาหนะนำโรค</li> <li>4. มีการระบายอากาศภายในอาคารทุกแผนกบริการผู้ป่วย เช่น มีช่องระบายอากาศ เปิดพัดลมดูดอากาศ</li> <li>5. แสงสว่างเพียงพอภายในอาคาร ทุกแผนกบริการผู้ป่วย</li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                  |                               |
| <p>ม.6-4 การป้องกันและดูแลความปลอดภัยด้านอัคคีภัยและภัยธรรมชาติ</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบสถานพยาบาลทั้งภายนอกและภายในอาคาร ว่ามีการจัดการในการป้องกันภัยและดูแลความปลอดภัยด้านอัคคีภัยธรรมชาติ ตามรายการตรวจในข้อ 1-5 หรือไม่</li> <li>1. มีแผนการป้องกันระงับอัคคีภัยและภัยธรรมชาติที่ชัดเจนจนแผนการอพยพผู้ป่วยและมีการฝึกซ้อมตามแผนอย่างน้อย ปีละครั้ง</li> <li>2. มีผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานหรือคณะทำงาน โดยตรงที่เป็นปัจจุบัน</li> <li>3. มีการติดตั้งสัญญาณแจ้งเหตุเตือนเพลิงไหม้ ซึ่งอยู่ในสภาพใช้งานได้</li> <li>4. มีอุปกรณ์ดับเพลิงที่อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ ติดตามอาคาร หรือ แผนกต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่ออัคคีภัย หรือมีระบบดับเพลิงอัตโนมัติ</li> <li>5. มีช่องทางหนีไฟ และมีบันไดหนีไฟสำหรับอาคารที่สูงเกิน 3 ชั้น โดยติดป้ายบอกตำแหน่งบันไดและบอกชั้นอย่างชัดเจน</li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ                                  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                         | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|------------------------------------|-------------------------------|
| ม.6-5 ระบบสาธารณูปโภค และระบบสำรอง เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบสถานพยาบาล ทั้งภายนอกและภายในอาคารว่ามีการจัดการระบบสาธารณูปโภค และระบบสำรองน้ำ ไฟฟ้า แก๊ส เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินของสถานพยาบาล ตามรายการตรวจในข้อ 1-3 หรือไม่               <ol style="list-style-type: none"> <li>มีน้ำ ออุปโภค บริโภคสำหรับผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอตลอดเวลา</li> <li>ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉินใช้กับห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก ห้องคลอด คลังเลือด และหน่วยอุบัติเหตุ เป็นอย่างน้อย</li> <li>มีห้อง/สถานที่ จัดเก็บรวบรวมแก๊สทางการแพทย์แยกจากกันเป็นสัดส่วน มีฉีดยาปิดกั้น</li> </ol> </li> </ul>   | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                  |                               |
| ม.6-6 มีระบบการกำจัดของเสียที่เหมาะสม                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบสถานพยาบาล ทั้งภายนอกและภายในอาคาร ว่ามีระบบการกำจัดของเสียของสถานพยาบาลที่ไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน ตามรายการตรวจในข้อ 1-4 หรือไม่ โดยพิจารณาประกอบด้วย ผลการศึกษาหรือรายงานการรับรอง จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ               <ol style="list-style-type: none"> <li>มีภาชนะรองรับขยะ มีฝาปิดมิดชิดไม่รั่วซึม ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย และมีการแยกภาชนะรองรับขยะติดเชื้อจากขยะทั่วไป</li> <li>มีการกำจัดขยะติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง เช่น การเผาโดยหน่วยบริการเองหรือหน่วยงานภายนอก</li> <li>มีระบบบำบัดน้ำเสียที่ถูกต้องตามหลักวิชาการของสถานพยาบาลที่สามารถรองรับน้ำทิ้งทั้งหมด</li> <li>มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดและน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด มีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ และ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อย่างน้อย 6 เดือนครั้ง</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน       |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการ                  |                               |

## เกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในส่วน สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์

### รายแผนก

\*\*\*\*\*

#### การตรวจหน่วยบริการรายแผนก

การประเมินในเรื่องสถานที่ จะเน้นประเมินในด้านความเหมาะสมเป็นหลัก เกณฑ์บางข้อไม่สามารถกำหนดเป็นค่าตัวเลขได้เนื่องจากขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่น ขนาดพื้นที่ของหน่วยบริการ ปริมาณผู้รับบริการในแต่ละช่วงเวลา ระบบการไหลเวียนของงาน เกณฑ์สำคัญในการพิจารณาคือ สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงานหรือไม่ ดังนั้นหากประเมินว่าสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมให้บันทึกไว้ เพื่อติดตามการแก้ไขปรับปรุงต่อไป

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>แผนก 1 บริการผู้ป่วยนอก (OPD)</b>   |   |       |  |                               |
| OPD-การจัดสถานที่  |   |       |  |                               |
| OPD- ส1 ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ตั้งอยู่ด้านหน้าของหน่วยบริการมองเห็นได้ง่าย และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้ง่าย | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจุดที่ตั้งของห้องตรวจผู้ป่วยนอก ว่าอยู่ด้านหน้าเป็นจุดที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก โดยเฉพาะผู้พิการ สามารถมองเห็นได้ง่าย เป็นจุดกลางที่สามารถเดินไปรับบริการที่หน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องเอ็กซเรย์ ห้องปฏิบัติการ ห้องจ่ายยาได้โดยง่าย โดยมีเครื่องหมายบอกทาง (เช่น ป้าย แผนที่)</li> </ul> | 2     | สถานที่เหมาะสม   |                               |
|  |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรง และสามารถอนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                               |
|  |   | 0     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมากจำเป็นต้องแก้ไข                                     |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|---|-------------------------------|
| <p>OPD- ส2 มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับหน่วยประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ที่พักรอตรวจ บริเวณคัดกรองผู้ป่วยห้องบำบัดผู้ป่วยนอก แยกเป็นสัดส่วน</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งจุดบริการต่างๆ ที่จำเป็นในการบริการผู้ป่วยนอกคือ มีจุดประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ที่พักรอตรวจ บริเวณคัดกรองผู้ป่วย ห้องบำบัดผู้ป่วยนอก (ห้องทำแผลฉีดยา)</li> </ul>   | 2     | มีจุดบริการนี้ แยกเป็นสัดส่วนให้เห็นชัดเจนและมีครบทุกจุด  |                               |
|   |  | 1     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                               |
|   |  | 0     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่รุนแรงจำเป็นต้องแก้ไข                        |                               |
| <p>OPD- ส3 พื้นที่ห้องตรวจแต่ละห้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2.5 x 3.0 เมตร หรือ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับเตียงตรวจ การวางเครื่องมือที่จำเป็น</p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูขนาดของห้องตรวจแต่ละห้องว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดวางเตียงตรวจ โต๊ะเก้าอี้ตรวจ การวางเครื่องมือที่จำเป็น และสามารถนำเปลนอนเข้าได้</li> </ul>  | 2     | พื้นที่เพียงพอ  |                               |
|   |  | 1     | ต่ำกว่าเกณฑ์ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้  |                               |
|   |  | 0     | ต่ำกว่าเกณฑ์จนไม่สามารถจัดวางเตียง โต๊ะเก้าอี้และเครื่องมือที่จำเป็นได้ครบหรือนำเปลนอนเข้าไม่ได้        |                               |
| <p>OPD- ส4 ที่พักรอตรวจโรคไม่น้อยกว่า 10 ตารางเมตร ต่อหนึ่งห้องตรวจโรค โดยมีพื้นที่รวมไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร</p>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูขนาดของพื้นที่รอตรวจว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับการรองรับผู้รอรับการตรวจโรคหรือไม่ โดยพิจารณาให้เหมาะสมว่า สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงานหรือไม่</li> </ul> | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|   |  | 1     | ต่ำกว่าเกณฑ์ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้  |                               |
|   |  | 0     | ต่ำกว่าเกณฑ์จนไม่เพียงพอเกิดความแออัดเป็นปัญหาอุปสรรคต่อผู้ป่วย   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>OPD- การจัดบุคลากร</b>   |   |       |  |                               |
| <b>OPD- ค1</b> มีแพทย์ที่ออกตรวจผู้ป่วยนอกเพียงพอกที่จะตรวจผู้ป่วยได้ไม่เกิน 12 คน / ชั่วโมง ในช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูจากสถิติการบริการ เพื่อดูว่ามีแพทย์ที่ทำหน้าที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปออกตรวจในห้องตรวจผู้ป่วยนอกเพียงพอก โดยคำนวณค่าเฉลี่ยในภาพรวมของหน่วยบริการ โดยดูจากจำนวนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยช่วงเช้าในหนึ่งวันหาร ด้วยจำนวนห้องตรวจที่แพทย์ออกตรวจจริงหาร ด้วยจำนวนชั่วโมงที่เปิดตรวจบริการจริง ( ไม่รวมคนไข้บริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล )</li> </ul> | 2     | ค่าเฉลี่ยไม่เกิน 12 ราย / ชั่วโมง  |                               |
|   |   | 1     | ค่าเฉลี่ย 13-20 ราย/ชั่วโมง  |                               |
|   |   | 0     | ค่าเฉลี่ยมากกว่า 20 ราย/ชั่วโมง  |                               |
| <b>OPD- ค2</b> มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสำหรับคลินิกพิเศษเฉพาะทาง   | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน และการซักถาม เพื่อดูว่าหากหน่วยบริการนี้ มีการจัดคลินิกพิเศษเฉพาะทาง จะต้องจัดให้มีการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ตรงกับบริการในคลินิกพิเศษนั้น ( หากหน่วยบริการไม่ได้จัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะทางให้ใส่ 8 และใส่หมายเหตุด้านข้างช่องว่าไม่มีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ซึ่งไม่คิดคะแนนในข้อนี้ )</li> </ul>   | 2     | ให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ตรงกับบริการในคลินิกพิเศษ   |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|   |   | 8     | หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง  |                               |
| <b>OPD- ค3</b> มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมและประจำจุดบริการต่างๆอย่างน้อย 1 คน                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงานและการซักถาม เพื่อดูว่ามีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่หัวหน้าทีมและ ประจำจุดประเมินและคัดกรองผู้ป่วย อย่างน้อย 1 คนประจำจุดบำบัดห้องหัตถการ (ถ้ามี) 1 คน (เช่น มีการแยกห้องจิตยา ทำแผล EKG ผ่าฝุ่ หัตถการเล็กๆที่บริเวณตรวจผู้ป่วยนอก)</li> </ul>  | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|   |   | 1     | มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ และมีการให้บริการโดยบุคลากรอื่นในทีมการพยาบาล ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน                        | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|------------------------------|---|-------------------------------|
| <b>OPD- อุปกรณ์</b>  |  |                              |   |                               |
| <b>OPD- 01</b> จัดให้มีชุดตรวจโรคทั่วไปประจำแต่ละห้องตรวจโรคครบถ้วน            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่าแต่ละ ห้องตรวจต้องมีอุปกรณ์ชุดตรวจโรคทั่วไปดังต่อไปนี้<br/>1. เตียงตรวจโรค 2. โต๊ะ-เก้าอี้ 3. Stethoscope 4. ไม้กดลิ้น 5. ไฟฉาย 6. ไม้เคาะเข่า ส่วนเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย อนุโลมอยู่ที่จุดคัดกรองหรือจุดที่หยิบใช้ได้สะดวก</li> </ul>   | 2<br><br>1<br><br>0          | <p>มีอุปกรณ์ที่จำเป็นครบ 6 รายการ ประจำแต่ละห้องตรวจ</p> <p>มีอุปกรณ์ที่จำเป็นครบ 6 รายการ แต่ไม่ได้ประจำแต่ละห้องตรวจ เป็นการใช้ร่วมกัน</p> <p>ขาดอุปกรณ์จำเป็น หรือมีไม่เพียงพอ</p>   |                               |
| <b>OPD- 02</b> จัดให้มีเครื่องมือและอุปกรณ์ตรวจพิเศษ หากมีการจัดคลินิกเฉพาะทาง | <ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงานและการซักถาม เพื่อดูว่าหากหน่วยบริการนั้น มีการจัดคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ได้จัดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นซึ่งต้องใช้ในการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในคลินิกพิเศษนั้น (หากหน่วยบริการไม่ได้จัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะทางให้ใส่ 8 และใส่หมายเหตุด้านข้างช่องว่า ไม่มีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ซึ่งไม่คิดคะแนนในข้อนี้)</li> </ul>  | 2<br><br>1<br><br>0<br><br>8 | <p>มีเครื่องมือ/อุปกรณ์การตรวจพิเศษที่จำเป็นในคลินิกพิเศษนั้นครบถ้วน เพียงพอ</p> <p>ขาดอุปกรณ์บางรายการ หรือมีไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา</p> <p>ขาดอุปกรณ์จำเป็น หรือมีไม่เพียงพอ</p> <p>หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง</p>     |                               |
| <b>OPD- 03</b> มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำหน่วย         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงานและซักถาม โดยดูว่า มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ที่มีอุปกรณ์ และ รายการยาตามรายการที่กำหนด โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้ ขนาดต่างๆพร้อมใช้งานทั้งเด็กและผู้ใหญ่ : self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes</li> <li>2. มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPG Guideline ของหน่วยงาน และไม่หมดอายุ</li> <li>3. การตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์</li> <li>4. มีออกซิเจน และอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย</li> </ol> </li> </ul> | 2<br><br>1<br><br>0          | <p>มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์</p> <p>มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ใช้ร่วมกับแผนกอื่นและสามารถจัดหาได้ทันเวลา</p> <p>มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา</p> |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไข การปรับปรุง |
|--|---|-------|---|--------------------------------|
| <b>แผนก 2 บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</b>   |   |       |   |                                |
| <b>ER สถานที่</b>  |   |       |   |                                |
| ER-ส1 มองเห็นป้ายแสดงที่ตั้งของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนเข้าหรือเมื่อเลี้ยวเข้าประตูโรงพยาบาล สามารถมองเห็นหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ง่าย เมื่อเข้าในเขตหน่วยบริการ | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจุดที่ตั้งของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ว่าอยู่ด้านหน้าในจุดที่ผู้รับบริการสามารถมองเห็นได้ง่าย โดยมีป้ายแสดงที่ตั้งของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนเข้าหรือเมื่อเลี้ยวเข้าประตูโรงพยาบาล และป้ายหน้าห้อง ที่ทำให้สามารถมองเห็นหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ง่ายและทันทีเมื่อเข้าในเขตหน่วยบริการ</li> </ul>                                | 2     | สถานที่เหมาะสม  |                                |
|  |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ใน ระดับที่ไม่รุนแรง และสามารถอนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                                |
|  |   | 0     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมากจำเป็นต้องแก้ไข                                      |                                |
| ER-ส2 มีทางให้รถยนต์วิ่งเข้าไปจอดเพื่อรับและส่งผู้ป่วยได้สะดวกประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่ามีทางให้รถยนต์วิ่งเข้าไปจอดเพื่อรับส่ง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้และประตูอาคารกว้างมากพอและมีทางลาดสำหรับรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก</li> </ul>   | 2     | เหมาะสม   |                                |
|  |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับ บริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้         |                                |
|  |   | 0     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมากจำเป็นต้องแก้ไข                                      |                                |
| ER-ส3 มีเตียงรับผู้ป่วยในการตรวจรักษาและปฐมพยาบาลในสภาพพร้อมใช้ ไม่น้อยกว่า 3 เตียง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูว่าในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีเตียงรับผู้ป่วย ในการตรวจรักษาและปฐมพยาบาล โดยนับทุกประเภทที่พร้อมให้บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของหน่วยบริการและอย่างน้อย 1 เตียงต้องเป็นเตียงสำหรับการกู้ฟื้นคืนชีพโดยเฉพาะ ส่วนที่เหลือเป็นเตียงชนิด หรือ ประเภทใดก็ได้ รวมถึงเตียงที่เคลื่อนย้ายได้(stretcher) และควรเพิ่มจำนวนตามปริมาณงาน</li> </ul> | 2     | เป็นตามเกณฑ์  |                                |
|  |   | 1     | มี 2 เตียง และเป็นเตียงสำหรับกู้ฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 เตียง   |                                |
|  |   | 0     | มีน้อยกว่า 2 เตียง หรือ ไม่มีเตียงสำหรับกู้ฟื้นคืนชีพ   |                                |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|---|-------------------------------|
| <b>ER-ส4</b> มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอกับการบริการอย่างน้อย20ตารางเมตร และเพิ่มขึ้นทุก10ตารางเมตรต่อเตียง | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการวัดค่านวม เพื่อดูขนาดของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดวางเตียงรักษาพยาบาล การวางเครื่องมือที่จำเป็น</li> </ul>  | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |   | 1     | ต่ำกว่าเกณฑ์ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้                       |                               |
|  |   | 0     | ต่ำกว่าเกณฑ์จนเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน                |                               |
| <b>ER-ส5</b> มีพื้นที่เพียงพอสำหรับรองรับอุบัติเหตุหมู่  | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถามเพื่อดูว่าหน่วยบริการมีการจัดพื้นที่ไว้สำหรับรองรับอุบัติเหตุหมู่ที่สัมพันธ์กับปัญหา/อุบัติการณ์/บริบทของโรงพยาบาล มีการติดป้ายหรือสัญลักษณ์ มีแผนผังที่แสดงไว้ชัดเจนสอดคล้องกับแผนอุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาล</li> </ul> | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |   | 1     | ต่ำกว่าเกณฑ์ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลม                           |                               |
|  |   | 0     | ต่ำกว่าเกณฑ์จนเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน                |                               |
| <b>ER- การจับบุคลากร</b>   |   |       |   |                               |
| <b>ER- ค 1</b> ต้องมีแพทย์ประจำทุกเวรอย่างน้อย1คน ตลอด 24 ชั่วโมง                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวรประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอดเวลา</li> </ul>   | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |   | 1     | มีแพทย์เวรประจำแต่ไม่ครบตลอด24 ชม. หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีแพทย์เวร   |                               |
| <b>ER- ค.2</b> มีพยาบาลประจำทุกเวรอย่างน้อย 2 คน ตลอด 24 ชั่วโมง และอย่างน้อย1คน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีทีมพยาบาล ( พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล) ปฏิบัติงานประจำ อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอดเวลา ในลักษณะเวรผลัดตลอด24 ชั่วโมง</li> </ul>        | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |   | 1     | มีพยาบาลวิชาชีพ แต่มีทีมพยาบาลไม่ครบ2คน ตลอด24 ชม.                |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ หรือทีมพยาบาลครบ24ชม.                          |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|---|-------------------------------|
| ER- ค.3 บุคลากรทุกคนมีความรู้และทักษะในการกู้ชีพอย่างน้อยขั้นพื้นฐานและได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ | <ul style="list-style-type: none"> <li>ซักถาม และพิจารณาเอกสารหลักฐานแผนหรือบันทึกการฝึกอบรม เพื่อดูว่าบุคลากรในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อยขั้นพื้นฐานการกู้ชีพและได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ภายในโรงพยาบาลหรือที่จัดโดยหน่วยงานอื่นอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul> | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์โดยทุกคนในทีมผ่านการฝึกอบรมมาไม่เกิน 1 ปี   |                               |
|  |  | 1     | ผ่านการอบรมทุกคน แต่นานเกินกว่า 1 ปี หรือ ผ่านการอบรมไม่ครบทุกคน                                |                               |
|  |  | 0     | ทุกคนไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน   |                               |
| ER- ค.4 ต้องมีการจัดอัตรากำลังสำรองในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหมู่   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ซักถาม และพิจารณาเอกสารหลักฐานว่ามีแผนการจัดอัตรากำลังสำรองในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหมู่เช่น มีรายชื่อหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ มีผู้รับผิดชอบในการสั่งการ</li> </ul>   | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 1     | มีการจัดอัตรากำลัง แต่ไม่มีรายชื่อพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่พร้อมใช้ได้ทันที                       |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
| ER- อุปกรณ์ เครื่องมือ   |  |       |   |                               |
| ER- อ 1 มีชุดตรวจโรคทั่วไป ครบทุกรายการ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่ามีอุปกรณ์ชุดตรวจโรคทั่วไปคือ เตียงตรวจโรค โต๊ะ เก้าอี้ Stethoscope เครื่องวัดความดันโลหิต ไม้กดลิ้น ไฟฉาย ไม้เคาะเข่า เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย</li> </ul>                  | 2     | มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน                               |                               |
|  |  | 1     | มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินแต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา    |                               |
|  |  | 0     | มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>ER- ๐2</b> ต้องมีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำไว้ในหน่วยฉุกเฉิน | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงานและซักถาม โดยดูว่า มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ที่มีอุปกรณ์ และ รายการยาตามรายการที่กำหนด โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้ พร้อมใช้งาน: self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes ขนาดต่างๆ</li> <li>2. มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉินตาม CPG Guideline ของหน่วยงาน</li> <li>3. มีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งาน ครบทุกราย การที่กำหนดประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน   |                               |
|   |   | 1     | มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา        |                               |
|   |   | 0     | มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด และ ไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา    |                               |
| <b>ER- ๐3</b> ต้องมีเครื่องมือทางการแพทย์พร้อมใช้งาน                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถามหรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ออกซิเจนและอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย</li> <li>2. เครื่องดูดเสมหะ (suction)</li> <li>3. เครื่องกระตุกหัวใจ (defibrillator)</li> <li>4. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG recorder/monitor)</li> </ol> </li> </ul>   | 2     | มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน |                               |
|   |   | 1     | มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนดแต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา      |                               |
|   |   | 0     | มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด และ ไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>ER- 04</b> มีชุดเครื่องมือจำเป็นสำหรับเวชหัตถการฉุกเฉิน ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน เพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้งาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูชุดเครื่องมือสำหรับเวชหัตถการฉุกเฉินที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อดูว่ามีตามรายการที่กำหนดครบอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชุดเย็บแผล (suture set)</li> <li>2. ชุดผ่าตัดเปิดหลอดเลือดดำ(venesection set)</li> <li>3. ชุดผ่าตัดเปิดหลอดลม (tracheostomy set)</li> <li>4. ชุดผ่าตัดใส่ท่อระบายทรวงอก (chest drain set)</li> <li>5. ชุดอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น การล้างสารพิษ คาม กระตุก ชุดห้ามเลือด ส้างท้อง</li> <li>6. อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ถุงมือ หน้ากาก หมวกแวนตา พลาสติกกันเปื้อน</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมีจำนวนเพียงพอ  |                               |
|   |   | 1     | มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือมีจำนวนไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา   |                               |
|   |   | 0     | มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือมีจำนวนไม่เพียงพอ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา  |                               |
| <b>ER- 05</b> รถพยาบาล  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตลักษณะและสภาพรถพยาบาล หรือซักถาม หรือดูเอกสารการซ่อมบำรุงรถพยาบาล เพื่อดูว่ามีรถพยาบาลพร้อมคน ขับประจำในสภาพพร้อมปฏิบัติงานได้ตลอด ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์เครื่องมือในรถพยาบาลหรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำรถ (self - inflating bag, laryngoscope, endotracheal tube, oral airway) ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้</li> </ul>   | 2     | มีรถพยาบาลที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อย 1 คัน และมีพนักงานขับรถพยาบาลที่ผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการปฐมพยาบาล และมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในรถพยาบาล |                               |
|   |   | 1     | ความพร้อมหรืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ซึ่งไม่ใช่ปัญหาสำคัญ และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา   |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ                      | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
|  | <p>งาน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีรถที่อยู่ในสภาพดีพร้อมที่จะใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อมพนักงานขับรถ ที่ผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น</li> <li>2. มีเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</li> <li>3. มีเครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ</li> <li>4. มียาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำรถ ตามแนวทาง CPG Guideline ของหน่วยงาน</li> <li>5. มีชุดห้ามเลือดทำแผล</li> <li>6. มีการจัดเจ้าหน้าที่ซึ่งผ่านการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพมาไม่เกิน 1 ปี พร้อมทั้งจะปฏิบัติงานประจำรถ</li> </ol> | 0     | ความพร้อมหรืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ และไม่สามารถแก้ไขได้ทันเวลา                    |                               |
| ER- 06. มีบริการสนับสนุนตามที่กำหนดตลอด 24 ชั่วโมง | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สังเกตจากสภาพการปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูเอกสารการจัดเวรเจ้าหน้าที่ เพื่อคว่ามีบริการสนับสนุนสำหรับการให้บริการอุบัติเหตุฉุกเฉินดังต่อไปนี้ ตลอด 24 ชม.หรือไม่</li> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>2. บริการตรวจทางรังสีวิทยา</li> <li>3. บริการโลหิต</li> <li>4. บริการเภสัชกรรม</li> <li>5. เวชระเบียน</li> </ol> </ul>   | 2     | มีบริการสนับสนุนตามรายการ พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง  |                               |
|  |  | 1     | มีบริการสนับสนุนตามรายการ ไม่ครบหรือไม่พร้อม ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา   |                               |
|  |  | 0     | มีบริการสนับสนุนตามรายการ ไม่ครบหรือไม่พร้อม ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงและไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน                      | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|---------------------------------|-------------------------------|
| <b>แผนก 3 บริการผู้ป่วยใน (IPD)</b><br>หลักการตรวจประเมินแผนกบริการผู้ป่วยใน (IPD)<br>1. กรณี รพ.ต่ำกว่า 100 เตียง ให้สุ่มตรวจเฉพาะบางหอผู้ป่วย 2. ในกรณี รพ. 100 เตียงขึ้นไป สุ่มตรวจ 4 แผนกหลัก (สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม) แผนกละ 1 หอผู้ป่วย<br>2. การพิจารณาคะแนน ให้ใช้คะแนนจากหอผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำที่สุดเป็นหลัก |  |       |                                 |                               |
| <b>IPD สถานที่</b>   |  |       |                                 |                               |
| <b>IPD - ส1</b> จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยรวม ไม่เกิน 30 เตียง ต่อหอผู้ป่วย และระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างปลายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร สามารถนำเปลขึ้นเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้โดยสะดวก  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาสภาพภายในหอผู้ป่วยรวม ว่ามีการจัดเตียงผู้ป่วยหนาแน่นแออัดหรือไม่ สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมหรือไม่ โดยดูเป็นภาพรวมในภาวะปกติของทั้งปี (ไม่คำนึงถึงบางฤดูกาลหรือเมื่อมีโรคระบาด) ทั้งนี้ ให้พิจารณาถึงขนาดของห้อง และระยะห่างระหว่างเตียง เป็นสำคัญซึ่งในหน่วยบริการแต่ละแห่งจะมีพื้นที่แตกต่างกันได้ โดยมีแนวทางการพิจารณาดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการจัดระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร</li> <li>2. ระยะห่างระหว่างปลายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร</li> </ol> </li> </ul>   | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดที่ 2 ข้อ |                               |
|  |  | 1     | เป็นไปตามเกณฑ์เฉพาะข้อ 1        |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นตามเกณฑ์ข้อ 1            |                               |
| <b>IPD - ส2</b> มีการจัดสถานที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาคุณภาพภายในหอผู้ป่วยรวม ว่ามีการจัดพื้นที่ให้มีส่วนต่างๆตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ได้แก่               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีห้องปฏิบัติการรักษาพยาบาล (treatment room) เป็นสัดส่วนสะอาด เป็นระเบียบ</li> <li>2. มีพื้นที่สำหรับเตรียมยาล้างและเตรียมเครื่องมือเป็นสัดส่วน</li> <li>3. มีส่วนทำการพยาบาล (nurse station) ซึ่งสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง (สำหรับหอผู้ป่วยรวม) และสามารถให้ผู้ป่วยญาติติดต่อได้สะดวก</li> <li>4. พื้นที่เก็บเครื่องมือ เครื่องใช้ผ้า ยา สารน้ำ เป็นระเบียบหมวดหมู่</li> <li>5. มีพื้นที่และภาชนะเก็บผ้าเปื้อนเป็นสัดส่วน</li> </ol> </li> </ul> | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์ ครบทุกข้อ        |                               |
|  |  | 1     | เป็นไปตามเกณฑ์ 3 ข้อ ขึ้นไป     |                               |
|  |  | 0     | เป็นไปตามเกณฑ์ น้อยกว่า 3 ข้อ   |                               |
| <b>IPD - การจัดบุคลากร</b>   |  |       |                                 |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
| IPD - ค1 มีแพทย์ซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบผู้ป่วยในแต่ละราย   | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาการจัดแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย ตรงกับแผนกที่ดูแล คือ ผู้ป่วยทุกรายมีเจ้าของไข้ที่ดูแล</li> </ul>   | 2     | มีแพทย์ รับผิดชอบผู้ป่วยตรงตามแผนก   |                               |
|  |  | 1     | มีแพทย์ รับผิดชอบผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่อาจมีการดูแลข้ามสาขาที่ใกล้เคียงกัน     |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามที่กำหนด   |                               |
| IPD - ค2 มีแพทย์เวรพร้อมให้บริการผู้ป่วยในโดยเฉพาะอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน การซักถาม การตรวจสอบจากตารางการจัดเวรผลัด หรือตรวจดูเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาการจัดแพทย์เวรที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย (สำหรับ รพ.ขนาดน้อยกว่า 100 เตียง)</li> </ul>   | 2     | มีแพทย์เวรรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม.   |                               |
|  |  | 1     | มีแพทย์เวรดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 16 ชม. หลังจากนั้นเป็นOncall                            |                               |
|  |  | 0     | มีแพทย์เวร 8 ชม. และ Oncall 16 ชม.   |                               |
|  |  | 8     | ไม่ตรวจ ใน รพ. ขนาดมากกว่า 100 เตียงขึ้นไป   |                               |
| IPD - ค3 มีแพทย์เวรแยกสำหรับแต่ละสาขาโดยเฉพาะอย่างน้อยใน 4 สาขาหลัก(สูตินรีเวช ศัลยกรรมทั่วไปกุมารเวชกรรม อายุรกรรม) | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน การซักถาม การตรวจสอบจากตารางการจัดเวรผลัด โดยพิจารณาการจัดเวรผลัดของแพทย์ เฉพาะทาง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย (สำหรับ รพ.ขนาด 100 เตียงขึ้นไป)</li> </ul>   | 2     | มีแพทย์เวรใน 4 สาขาหลักครบ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม.                            |                               |
|  |  | 1     | มีแพทย์เวรใน 4 สาขาหลัก ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 16 ชม. หลังจากนั้นเป็นOncall              |                               |
|  |  | 0     | มีแพทย์เวรใน 4 สาขาหลักดูแลผู้ป่วย 8 ชม. และ Oncall 16 ชม. หรือมีแพทย์เวรไม่ครบ 4 สาขา |                               |
|  |  | 8     | ไม่ตรวจ ใน รพ.ขนาดน้อยกว่า 100 เตียง   |                               |
| IPD - ค4 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร และปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คนในแต่ละเวรต่อผู้ป่วยไม่เกิน 30 คน             | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางจัดเวรเพื่อดูว่ามีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร และปฏิบัติงานประจำอยู่ในหอผู้ป่วย ในอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย 1:30 ในทุกเวร (พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน)</li> </ul> | 2     | มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร และมีอัตราส่วนต่อผู้ป่วย 1:30                           |                               |
|  |  | 1     | มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร แต่มีอัตราส่วนต่อผู้ป่วยมากกว่า 1:30                    |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|---|-------------------------------|
| <b>IPD - อุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์</b>  |   |       |   |                               |
| IPD - อ1 มีอุปกรณ์ประจำเตียงและห้องผู้ป่วย   | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่าแต่ละเตียงผู้ป่วย มีอุปกรณ์ประจำเตียง ตามที่กำหนดหรือไม่ คือ เตียงผู้ป่วยแบบมาตรฐานทางการแพทย์ ตู้ข้างเตียง โต๊ะคร่อมเตียง ม่านหรือฉาก อุปกรณ์ขอความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้</li> </ul>   | 2     | มีอุปกรณ์/ยาที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย |                               |
|  |   | 1     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับแผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา  |                               |
|  |   | 0     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา                     |                               |
| IPD - อ2 มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำหอผู้ป่วย   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบใน emergency cart โดยดูว่าแต่ละหอผู้ป่วย มีอุปกรณ์ประจำหอ ตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้ <ol style="list-style-type: none"> <li>มีอุปกรณ์ต่อไปนี้ พร้อมใช้งาน: self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes ขนาดต่างๆ</li> <li>ยาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPG Guideline ของ หน่วยงาน (เช่น adrenalin, sodium bicarbonate, calcium gluconate, glucose เป็นอย่างน้อย)</li> <li>การเก็บรักษา ตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกวัน</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีอุปกรณ์/ยาที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย |                               |
|  |   | 1     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับแผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา  |                               |
|  |   | 0     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา                     |                               |
| IPD - อ3 มีชุดเครื่องมือจำเป็นที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน เพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้งาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่ามีเครื่องมือตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้ <ol style="list-style-type: none"> <li>ชุดทำแผล นีคยา</li> <li>ชุดผ่าตัดเปิดหลอดเลือดดำ (venesection set)</li> <li>สวนปัสสาวะ</li> <li>อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่เช่น ถุงมือ หน้ากาก หมวก แว่นตา พลาสติกกันเปื้อน</li> </ol> </li> </ul>   | 2     | มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย   |                               |
|  |   | 1     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ อาจใช้ร่วมกับแผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา |                               |
|  |   | 0     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา                     |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
| <b>IPD - ๑4</b> เครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ กับปริมาณการบริการและพร้อมใช้ | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่า มีเครื่องมือตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มี oxygen supply ในระบบ pipeline หรือแบบถัง</li> <li>2. มี suction และ gastric suction ที่เหมาะสมกับอายุผู้ป่วย</li> <li>3. ตู้เย็นสำหรับเก็บยา</li> <li>4. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</li> <li>5. เครื่องกระตุ้นหัวใจ</li> <li>6. เครื่องตรวจวัดเฝ้าระวังระดับออกซิเจน</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย   |                               |
|  |  | 1     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับแผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา |                               |
|  |  | 0     | มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา                    |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
| <b>แผนก 4 บริการห้องคลอด (OB)</b>  |  |       |  |                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาลที่รักษาโรคทั่วไป แต่ไม่มีห้องคลอดที่พร้อมให้บริการ หรือมีแต่ไม่ให้บริการบริการห้องคลอดต้องเป็น 0 ทุกข้อ</li> <li>• ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องคลอด บริการห้องคลอดจะเป็น 8 ทุกข้อ</li> </ul> |  |       |  |                               |
| <b>OB - สถานที่ห้องคลอด</b>  |  |       |  |                               |
| <b>OB - ส1</b> สถานที่ตั้งหน่วยงานสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้งของห้องคลอดว่าอยู่ในจุดสะดวกในการเข้ามารับบริการและการเคลื่อนย้ายเข้าสู่ห้องผ่าตัดหรือหอผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว</li> </ul> | 2     | สถานที่เหมาะสม ผู้รับบริการสามารถเข้ามารับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา                                     |                               |
|  |  | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                               |
|  |  | 0     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่รุนแรง จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร็ว            |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลรักษาเฉพาะบางโรคหรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องคลอด                  |                               |
| <b>OB - ส2</b> จำนวนเตียงเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการตลอดวัน  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจำนวนเตียงรอกคลอด เตียงคลอด และเตียงพักฟื้นหลังคลอด เทียบกับข้อมูลสถิติการคลอด</li> </ul>  | 2     | มีจำนวนเตียงรอกคลอด เตียงคลอด และเตียงพักฟื้นหลังคลอดเพียงพอต่อการ บริการ  |                               |
|  |  | 1     | เตียงรอกคลอดหรือเตียงพักฟื้นไม่เพียงพอต้องมีเตียงเสริม หรือ ผ่ากไว้หอผู้ป่วยอื่นน้อยกว่า ร้อยละ30 ของปริมาณคลอด  |                               |
|  |  | 0     | เตียงรอกคลอดหรือเตียงพักฟื้นไม่เพียงพอต้องมีเตียงเสริม หรือ ผ่ากไว้หอผู้ป่วยอื่น ร้อยละ30ขึ้นไป ของปริมาณคลอด    |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลรักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องคลอด                |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>OB - ศ.3</b> มีการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่าง ๆ ครบถ้วนและเหมาะสม                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดพื้นที่สำหรับการบริการตลอด ว่ามีบริเวณรับใหม่อยู่ใกล้บริเวณรอกตลอดซึ่งอยู่ในเขตสะอาดและสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายไปห้องคลอดซึ่งเป็นบริเวณเขตสะอาดหรือเขตปราศจากเชื้อ และห้องพักฟื้นหลังคลอดอยู่บริเวณที่พยาบาลสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลาตลอดจนมีห้องน้ำห้องส้วมอยู่ใกล้ห้องรอกตลอด</li> </ul> | 2     | มีการจัดพื้นที่ส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ และมีความสะอาด   |                               |
|   |   | 1     | การจัดพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สะอาดแต่ไม่รุนแรงและสามารถแก้ไขได้  |                               |
|   |   | 0     | การจัดพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สะอาดและมีระดับรุนแรงมีผลกระทบต่อบริการ และไม่สามารถแก้ไขได้โดยเร็ว         |                               |
|   |   | 8     | สถานพยาบาลรักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วม เฉพาะบางโครงการ ไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องคลอด           |                               |
| <b>OB - การจัดบุคลากร</b>   |   |       |  |                               |
| <b>OB - ค1</b> ต้องมีแพทย์พร้อมให้บริการทำคลอดตลอด 24 ชั่วโมง                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวร พร้อมให้บริการทำคลอดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง</li> </ul>  | 2     | มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชม.  |                               |
|   |   | 1     | แพทย์ไม่ได้ปฏิบัติงานประจำ ตลอด 24 ชม. แต่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย หรือ ใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีการจัดแพทย์เวรประจำห้องคลอด   |                               |
|   |   | 8     | สถานพยาบาลรักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วม เฉพาะบางโครงการ ไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องคลอด           |                               |
| <b>OB - ค2</b> ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานเป็นการประจำตลอด 24 ชม. | <ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานประจำอยู่ในห้องคลอด ตลอดเวลา ในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง</li> </ul>  | 2     | มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำครบทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชม.  |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|   |   | 8     | สถานพยาบาลรักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วม เฉพาะบางโครงการ ไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องคลอด           |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ      | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|------------------------------------|--|-------|--|-------------------------------|
| <b>OB - อุปกรณ์ เครื่องมือ</b>     |  |       |  |                               |
| <b>OB - 01. อุปกรณ์ เครื่องมือ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สังกะสถานปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย (การให้คะแนนรวม ให้ทุกข้อย่อยเป็น ๑ ข้อใหญ่) รายการเครื่องมือได้แก่               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีเตียงทำคลอดและโคมไฟชนิดปรับระดับได้</li> <li>2. มีเตียงทารกแรกคลอดและเตียงช่วยฟื้นคืนชีพทารก</li> <li>3. เครื่องวัดความดันโลหิต Stethoscope</li> <li>4. มีเครื่องตรวจอัตราการเต้นหัวใจสำหรับทารกในครรภ์</li> <li>5. เครื่องมือทำคลอดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยคลอดปกติ อุปกรณ์ช่วยคลอดผิดปกติ (Forceps, Vacuum) Set ทำ Umbilical catheterization Set venesection Set uterine Curettage Vaginal Retractor</li> <li>6. ฝ้ายระวางสัญญาณชีพ</li> <li>7. มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (emergency cart) ตามแนวทาง CPG Guideline ของหน่วยงาน</li> <li>8. และอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย</li> <li>9. เครื่องดูดเสมหะ</li> <li>10. เครื่องกระตุ้นหัวใจสำหรับมารดาและทารก</li> <li>11. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ</li> <li>12. ฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ</li> <li>13. radian warmer 14. ตู้อบทารก 15. เครื่องชั่งน้ำหนักทารก</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องคลอด และมีจำนวนเพียงพอ |                               |
| 1                                  | ใช้ร่วมกับแผนกอื่น หรือ อุปกรณ์บางอย่างมีไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา   |       |  |                               |
| 0                                  | ใช้ร่วมกับแผนกอื่น หรือ อุปกรณ์บางอย่างมีไม่เพียงพอ แต่ไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา  |       |  |                               |
| 8                                  | เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องคลอด   |       |  |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|---|-------------------------------|
| <b>แผนก 5 บริการห้องผ่าตัด (OR)</b><br>ไม่นับรวมห้องผ่าตัดเล็ก และพิจารณาเฉพาะห้องที่เปิดใช้งานหรือมีสภาพพร้อมใช้งานแต่ยังไม่ได้เปิดใช้ด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>• ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาลที่รักษาโรคทั่วไป แต่ไม่มีห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการหรือมีแต่ไม่ให้บริการทำให้ข้อ.1-3 = 0 บริการห้องผ่าตัดจะต้อง 0 ทุกข้อ</li> <li>• ในกรณีที่เป็นสถานพยาบาลขนาด &lt; 100 เตียง หรือ สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัดทำให้ข้อ.1-3 = 8 บริการห้องผ่าตัดจะเป็น 8 ทุกข้อ</li> </ul> |  |       |   |                               |
| <b>OR - สถานที่</b>   |  |       |   |                               |
| <b>OR - ส1</b> มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนัก หน่วยรังสี หน่วยอุบัติเหตุ และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้ง ไม่อยู่ติดถนนใหญ่มีวิวสวนพุ่มพุ่มและไม้ยืนต้นที่ผู้สัญจรไปมาจำนวนมากตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆเป็นสัดส่วนมีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างห้องผ่าตัดกับหน่วยงานอื่นเช่น ICU ห้องฉุกเฉิน X-RAY ธนาคารเลือด ได้สะดวกรวดเร็ว</li> </ul> | 2     | สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา   |                               |
|   |  | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุ โลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                               |
|   |  | 0     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่รุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้             |                               |
|   |  | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด        |                               |
| <b>OR - ส2</b> ห้องผ่าตัดแต่ละห้องมีขนาดไม่น้อยกว่า 25 ตารางเมตร สูงไม่น้อยกว่า 3 เมตร และในแต่ละห้องมีเตียง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาขนาดของห้องผ่าตัดแต่ละห้อง และจำนวนเตียงผ่าตัดว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ ทั้งนี้ให้พิจารณาทุกห้องทุกหน่วยบริการมีหลายห้อง</li> </ul>   | 2     | มีจำนวนห้องและเตียงผ่าตัดในห้องเป็นไปตามเกณฑ์ ทุกห้อง   |                               |
|   |  | 1     | มีบางห้องขนาดต่ำกว่ามาตรฐานในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุ โลมได้  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
| ผ่าตัดเพียง 1 เคียงเท่านั้น  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ทุกห้อง   |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด   |                               |
| <b>OR - ส3</b> มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน แบ่งเป็น 4 เขต คือ เขตปลอดเชื้อ เขตกึ่งปลอดเชื้อเขตสะอาด เขตปนเปื้อน โดยมีประตูกั้นระหว่างเขตหรือมีระบบป้องกันการปนเปื้อนและการใช้พื้นที่ในเขตต่างๆ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ภายในบริเวณแผนก/อาคารผ่าตัดเป็น เขตปลอดเชื้อ เขตกึ่งปลอดเชื้อ เขตสะอาด เขตปนเปื้อน โดยมีประตูกั้นระหว่างเขตหรือมีระบบป้องกันการปนเปื้อนและการใช้พื้นที่ในเขตต่างๆ อย่างเหมาะสมถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</li> </ul> | 2     | จัดสัดส่วนครบถ้วนตามเกณฑ์และ มีการปฏิบัติในการใช้สอยพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ |                               |
|  |  | 1     | จัดสัดส่วนไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์หรือบางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระดับที่ไม่รุนแรง             |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด   |                               |
| <b>OR - ส4</b> มีห้องหรือเขตพักฟื้นเป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อของอาคารผ่าตัด   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีห้องหรือเขตพักฟื้นเป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อ สำหรับดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และมีความพร้อมในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน</li> </ul>   | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 1     | บางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด   |                               |
| <b>OR - ส5</b> มีอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ อยู่ติดกับห้องผ่าตัด 2 อ่างต่อ 1 ห้องผ่าตัด  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ ในบริเวณกึ่งปลอดเชื้ออยู่ติดกับห้องผ่าตัด 2 อ่างต่อ 1 ห้องผ่าตัด โดยบริเวณที่ล้างทำความสะอาด เครื่องมือเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่ใช้ที่เดียวกับอ่างล้างฟอกมือ</li> </ul>                                    | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 1     | มีอ่างล้างมือที่มีลักษณะถูกต้องแต่จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์   |                               |
|  |  | 0     | มีอ่างล้างมือที่มีลักษณะไม่ถูกต้องและ/หรือ จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์เกินร้อยละ 50                                   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
|  | หรือไม่อยู่บริเวณกึ่งปิดคเชื้อ   | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |
| <b>OR - ส6</b> มีที่เก็บเครื่องมือ ยาวัสดุ การแพทย์ และวัสดุอื่นๆ เป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปิดคเชื้อ                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆในเขตกึ่งปิดคเชื้อ โดยมีการเก็บเป็นระเบียบ ง่ายต่อการตรวจสอบและการหยิบใช้</li> </ul>  | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 1     | มีการเก็บในกึ่งปิดคเชื้อแต่จัดเก็บไม่เป็นระเบียบ   |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |
| <b>OR - ส7</b> มีระบบสื่อสารติดต่อแพทย์ ห้องชันสูตร ห้องยาล้างเลือด หอผู้ป่วยหนัก และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้สะดวก | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากการจัดให้มีระบบการสื่อสาร โดยมีโทรศัพท์ภายในเป็นอย่างน้อยในทุกห้องผ่าตัดที่สามารถติดต่อไปยังหน่วยงานอื่นได้ตลอดเวลา และจุดบริการอื่นๆ เพื่อสามารถติดต่อแพทย์ ห้องชันสูตร ห้องยาล้างเลือด หอผู้ป่วยหนัก และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้สะดวกรวดเร็ว</li> </ul> | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 1     | มี แต่ไม่เพียงพอ หรือ ใช้ร่วมกับห้องอื่น   |                               |
|  |  | 0     | มี แต่ไม่พร้อมใช้ หรือไม่มี  |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |
| <b>OR - ส8</b> ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนสำหรับแต่ละห้อง  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน และสอบถามจากผูปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่าห้องผ่าตัดมีระบบหมุนเวียนอากาศแบบระบบปิดของแต่ละห้อง ไม่ปนเปื้อนห้องอื่น เพื่อป้องกันการและควบคุมการติดเชื้อ</li> </ul>  | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 1     | มีการดำเนินการแต่ไม่ครบถ้วน  |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |
| <b>OR - ส9</b> มีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน บันทึกการบำรุงรักษา และบันทึก</li> </ul>   | 2     | มีและพร้อมใช้ตามเกณฑ์  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|---|-------------------------------|
|  | การทดสอบระบบ โดยพิจารณาว่า มีการติดตั้งระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน สำหรับแผนกหรืออาคารผ่าตัด ที่พร้อมใช้งานได้ภายใน 10 วินาที หากเกิดกระแสไฟฟ้าขัดข้อง  | 1     | มี แต่ไม่พร้อมใช้   |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน  |                               |
|  |   | 8     | สถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด  |                               |
| <b>OR - การจัดบุคลากร</b>  |   |       |   |                               |
| <b>OR - ค1</b> มีศัลยแพทย์ที่มีวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญจากแพทยสภาปฏิบัติงานเต็มเวลาอย่างน้อย 1 คน    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ซักถาม และดูจากเอกสาร ตารางการจัดเวร เพื่อคว่ามีศัลยแพทย์ทั่วไปประจำปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง</li> <li>พิจารณาเฉพาะ รพ.ที่มีขนาด 100 เตียง ขึ้นไป แต่หาก รพ.ขนาดต่ำกว่า 100 เพียงมีการเปิดบริการห้องผ่าตัดจะต้องพิจารณาด้วย</li> </ul>                             | 2     | มีศัลยแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน  |                               |
|  |   | 1     | มีศัลยแพทย์ Parttime ปฏิบัติงานหมุนเวียน  |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีศัลยแพทย์ประจำ   |                               |
|  |   | 8     | ไม่มีบริการห้องผ่าตัด เนื่องจากขนาด < 100 เตียง หรือ เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |
| <b>OR - ค2</b> สำหรับการผ่าตัดทั่วไป มีวิสัญญีแพทย์ 1 ต่อ 2 ห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล 2 คนต่อ 1 ห้องผ่าตัด ขณะปฏิบัติงาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>ซักถาม และดูจากเอกสาร ตารางการจัดเวร ตารางการผ่าตัด และจำนวนบุคลากร เพื่อคว่ามีวิสัญญีแพทย์ประจำปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง</li> <li>พิจารณาเฉพาะ รพ.ที่มีขนาด 100 เตียง ขึ้นไป แต่หาก รพ.ขนาดต่ำกว่า 100 เพียงมีการเปิดบริการห้องผ่าตัดจะต้องพิจารณาด้วย</li> </ul> | 2     | เข้าเกณฑ์ที่ ๒ สาขาวิชาชีพ  |                               |
|  |   | 1     | เข้าเกณฑ์วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง  |                               |
|  |   | 0     | ไม่เข้าเกณฑ์ที่ ๒ วิชาชีพ   |                               |
|  |   | 8     | ไม่มีบริการห้องผ่าตัด เนื่องจากขนาด < 100 เตียง หรือ เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ     | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|-----------------------------------|--|-------|---|-------------------------------|
| <b>OR - ค3</b> การจัดทีมพยาบาล    | <ul style="list-style-type: none"> <li>ซักถาม และดูจากเอกสารการมอบหมายงาน และ ตารางการจักรว เพื่อพิจารณา               <ol style="list-style-type: none"> <li>นอกเวลาทำการปกติ มีทีมงานอย่างน้อย 1 ทีมพร้อมปฏิบัติงาน (Must be)</li> <li>การจัดทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ทีมต่อ 1 ห้องผ่าตัด</li> <li>ทีมงานในห้องผ่าตัดแต่ละห้องประกอบด้วยบุคลากรทางการพยาบาลอย่าง น้อย 3 คน และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมพิจารณาเฉพาะ รพ.ที่มีขนาด 100 เตียง ขึ้นไป แต่หากรพ.ขนาดต่ำกว่า 100 เตียงมีการเปิดบริการห้องผ่าตัดจะต้องพิจารณาด้วย</li> </ol> </li> </ul>  | 2     | มีครบทั้ง 3 ข้อ   |                               |
|                                   |  | 1     | ต้องมีข้อ 1 และมีข้อ 2 และข้อ 3 แต่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|                                   |  | 0     | ไม่มีข้อ 1  |                               |
|                                   |  | 8     | ไม่มีบริการห้องผ่าตัด เนื่องจากขนาด < 100 เตียง หรือ เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |
| <b>OR - อุปกรณ์เครื่องมือ</b>     |  |       |   |                               |
| <b>OR - อ1</b> อุปกรณ์ เครื่องมือ | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย               <ol style="list-style-type: none"> <li>เตียงผ่าตัดชนิดปรับระดับได้และโคมไฟผ่าตัดปรับระดับได้ประจำทุกห้อง</li> <li>มีชุดผ่าตัดพื้นฐานที่ได้มาตรฐานและเพียงพอสำหรับการบริการที่จำเป็น ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน และมีชุด major operating set สำรองที่ปราศจากเชื้อพร้อมใช้งานได้ทันทีอย่างน้อย 1 ชุด (รพ.ขนาดต่ำกว่า 100 เตียงพิจารณาตามความจำเป็น)</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในห้องผ่าตัด และมีจำนวนเพียงพอ   |                               |
|                                   |  | 1     | มีบางรายการใช้ร่วมกับแผนกอื่น   |                               |
|                                   |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|                                   |  | 8     | ไม่มีบริการห้องผ่าตัด เนื่องจากขนาด < 100 เตียง หรือ เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการห้องผ่าตัด |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|-------------------------------|---|-------|------------|-------------------------------|
|                               | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. มีเครื่องตัดจี้ ห้ามเลือดประจำทุกห้อง</li> <li>4. มีเครื่อง suction หรืออุปกรณ์ suction สำหรับต่อจากระบบ pipeline ประจำทุกห้องผ่าตัด</li> <li>5. มี Pipeline System หรือมีการจัดการระบบแก้สทางการแพทย์ที่ปลอดภัย</li> <li>6. มีเครื่องดมยาสลบมาตรฐานไม่ต่ำกว่า 1 เครื่องต่อ 1 ห้องผ่าตัด</li> <li>7. มีถังออกซิเจนสำรองพร้อมใช้งานพร้อมเครื่องตรวจวัดฝ้าระวังระดับออกซิเจน</li> <li>8. เครื่องกระตุ้นหัวใจ และเครื่องฝ้าระวังสัญญาณชีพ อย่างน้อย 1 เครื่องประจำอยู่ในห้องผ่าตัด</li> <li>9. มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (emergency cart) พร้อมใช้งานทุกห้องผ่าตัด</li> </ol> |       |            |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>แผนก 6 บริการทันตกรรม (Dent)</b>  |   |       |  |                               |
| <b>Dent - สถานที่ห้องบริการทันตกรรม</b>  |   |       |  |                               |
| <b>Dent - ส1</b> มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ และมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสม   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจากสถานที่ปฏิบัติงานในแผนกทันตฯพิจารณาดังนี้</li> <li>1. มีพื้นที่ให้บริการทันตกรรม(ที่ตั้งศูนย์ทันตกรรม)ในแผนกฯ ไม่น้อยกว่า 9 ตารางเมตร ต่อ 1 ศูนย์ทันตกรรม</li> <li>2. ในแผนกฯ มีศูนย์ทันตกรรมมากกว่า 1 ศูนย์ มีการแยกพื้นที่ศูนย์ทันตกรรมแต่ละศูนย์เป็นสัดส่วนชัดเจน (เช่น กั้นห้องหรือมีฉากกั้นห้องในแต่ละศูนย์)</li> <li>3. มีการจัดองค์ประกอบในแผนกฯเป็น 6 ส่วนคือ               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. ห้องตรวจ (หมายถึงห้อง Screen ผู้ป่วย) อนุโลมให้มีห้องตรวจคนไข้ในช่วงเวลาที่มีคนไข้มากและใช้ห้องดังกล่าวเป็นห้องให้การรักษาในช่วงที่คนไข้ลดลง)</li> <li>3.2. ห้องให้การรักษา</li> <li>3.3. ห้องเอ็กซเรย์ (กรณีเครื่อง X-ray อยู่ร่วมกับแผนกรังสีของโรงพยาบาลให้ถือว่ามีการจัดห้องเอ็กซเรย์เป็นสัดส่วน)</li> <li>3.4. ห้องทำความสะอาดเครื่องมือ</li> <li>3.5. ห้องปฏิบัติการฟันเทียมเครื่องมือจัดฟัน และเก็บวัสดุทันตกรรม</li> <li>3.6. ห้องพักเจ้าหน้าที่ในแผนกฯ</li> </ol> </li> </ul> | 2     | เป็นไปตามแนวทางฯ ทั้ง 3 ข้อ  |                               |
|  |   | 1     | ข้อที่ 1) หรือข้อที่ 2) เป็นไปตามแนวทางฯ และมี ข้อ 3.1) ถึง 3.6) เป็นไปตามแนวทางอย่างน้อย 3 ข้อ                    |                               |
|  |   | 0     | ข้อที่ 1) หรือข้อที่ 2) ไม่เป็นไปตามแนวทางฯ หรือ มี ข้อ 3.1) ถึง 3.6) เป็นไปตามแนวทางน้อยกว่า 3 ข้อ                |                               |
|  |   | 8     | เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือ สถานพยาบาลที่เข้าร่วมในเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการทันตกรรม    |                               |
| <b>Dent - ส2</b> มีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังแผนกอื่น ๆ ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบดูสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาแผนกทันตกรรมอยู่ในบริเวณที่การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกระทำได้โดยสะดวกโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน พื้นที่ทางเดินควรเรียบเสมอกัน ไม่มีเสากีดกั้น กรณีที่ห้องบริการทันตกรรมอยู่ชั้นบนของอาคารควรมีลิฟต์หรือทางลาดเพื่อขึ้นไปประตูเข้าออกห้องตรวจรักษาควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 80 เซนติเมตร สามารถเคลื่อนย้ายรถเข็นสำหรับผู้</li> </ul>  | 2     | สะดวกต่อการเข้าถึงบริการเป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับ บริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพอ อนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                               |
|  |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
|  | พิการ หรือ เปลเงินย้ายผู้ป่วย (Strecher) ขนาดมาตรฐานผ่านได้สะดวก   | 8     | เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการทันตกรรม |                               |
| <b>Dent - ส3</b> มีบริเวณสำหรับให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอขนาดพอเหมาะ ไม่แออัด | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูสถิติจำนวนผู้รับบริการ โดยพิจารณาว่ามีบริเวณสำหรับให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอมีพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีเก้าอี้ นั่งรอจำนวนเพียงพอไม่แออัด</li> </ul>   | 2     | มีพื้นที่และเก้าอี้ นั่งสำหรับผู้รับบริการทันตกรรมอย่างเพียงพอ   |                               |
|  |  | 1     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ ถ้าสามารถแก้ไขได้       |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 8     | เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการทันตกรรม |                               |
| <b>Dent - บุคลากร</b>  |  |       |  |                               |
| <b>Dent - ค1</b> ความเพียงพอของทันตแพทย์ ทันตภิบาล/ผู้ช่วยทันตแพทย์        | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>มีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำไม่น้อยกว่า 1 คน</li> <li>มีการจัดบริการตรวจและให้บริการผู้ป่วยกรณีทันตกรรมเร่งด่วน</li> <li>ไม่มีผู้ป่วยที่มาแล้วไม่ได้รับการตรวจ(โดยสอบถามจาก OPD หรือ ผู้ที่รอรับบริการ(อนุโลมให้แผนกมีการกำหนดเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเพื่อให้</li> </ol> </li> </ul> | 2     | เป็นไปตามแนวทางฯ ทั้ง 5 ข้อ  |                               |
|  |  | 1     | ข้อ1) - 3) เป็นไปตามเกณฑ์ แต่ ข้อ4) หรือ ข้อ5) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ       | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|-------------------------------------|---|-------|---|-------------------------------|
|                                     | <p>ง่ายต่อการบริหารจัดการได้)</p> <p>4. มีการนัดผู้ป่วยมารับรักษา ไม่เกิน 30 วันนับจากวันตรวจโดยตรวจดูสมุดนัดผู้ป่วยเพื่อมาทำการรักษาต่อตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในกรณีฉุกเฉิน/ฉุกเฉิน น้ำลายใส่ฟัน/ผ่าฟันคุด/รักษารากฟันนี้ นาม</p> <p>5. มีสัดส่วนทันตแพทย์: ผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็น 1:1 (อนุโลมให้ใช้บุคลากรที่ไม่ได้มีวุฒิผู้ช่วยทันตแพทย์แต่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ผู้ช่วยทันตแพทย์ได้)</p>  | 0     | ข้อ 1) หรือ ข้อ 2) หรือ ข้อ 3) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (หมายถึงไม่มีทันตแพทย์ หรือ ไม่มีการจัดบริการตรวจและให้บริการผู้ป่วยกรณีทันตกรรมเร่งด่วน หรือ มีผู้ป่วยที่มาแล้ว ไม่ได้รับการตรวจบ่อยครั้ง (ทั้งๆที่ผู้ป่วยมาในเวลาที่เหมาะสม) |                               |
|                                     |   | 8     | เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือ สถานพยาบาลที่เข้าร่วมในเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการทันตกรรม   |                               |
| <b>Dent - อุปกรณ์ เครื่องมือ</b>    |   |       |   |                               |
| <b>Dent -</b> 01 อุปกรณ์ เครื่องมือ | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุงหรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือ/อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทันตกรรมตามรายการที่กำหนดครบและได้รับการ Calibrate ตามระยะเวลาที่กำหนดอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย</li> <li>1. ยูนิตทำฟัน (Dental master unit) ที่มีระบบแสงสว่าง ระบบกรอฟันและระบบดูดน้ำลายได้มาตรฐานตามที่กระทรวงกำหนด</li> <li>2. ชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการ ทำไฮปราศ จากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อนในระหว่างการใช้</li> </ul> | 2     | มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแผนกบริการทันตกรรมและมีจำนวนเพียงพอ   |                               |
|                                     |   | 1     | มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแผนกบริการทันตกรรม ไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|-------------------------------|---|-------|--|-------------------------------|
|                               | <p>ให้บริการ</p> <p>3. เครื่องขูดหินปูนไฟฟ้า (Electric scaler)</p> <p>4. เครื่องฉายแสงสำหรับวัสดุอุดฟัน (Light cured unit)</p> <p>5. เครื่องปั่นผสมอมัลกัม (Amalgamator)</p> <p>6. มี Dental mobile cabinet / ตู้เก็บวัสดุอุปกรณ์เป็นสัดส่วน สะอาด</p> <p>7. เครื่องเอ็กซเรย์ฟัน (Dental X-ray) ที่ผ่านการรับรอง</p> <p>8. เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ (autoclave) อนุโลมใช้ร่วมกับหน่วยจ่ายกลาง</p> <p>9. มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลที่พร้อมใช้งานสำหรับ ผู้ให้บริการ (เช่น Face shield mask ถุงมือ ผ้าปิดปาก)</p> | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|                               |   | 8     | เป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในเฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีบริการทันตกรรม |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>แผนก 7 -บริการเภสัชกรรม (Phar)</b>   |   |       |  |                               |
| <b>Phar - สถานที่</b>   |   |       |  |                               |
| <b>Phar - ส1</b> สถานที่จ่ายยามิพื้นที่เพียงพอและจัดส่วนทำงานอย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาสถานที่จ่ายยาเป็นห้องที่มีพื้นที่ในการจัดจ่ายยา กว้างขวางเพียงพอเหมาะสมต่อการให้บริการ โดยมีป้ายแสดงความปลอดภัยในการใช้ยา ได้แก่ป้ายแจ้งประวัติการแพ้ยา ป้ายแนะนำการใช้บริการ และป้ายให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา โดยมีพื้นที่สะอาด โปร่ง ไม่อับทึบ สะดวกต่อการที่จะส่งมอบยาแก่ผู้รับบริการ มีพื้นที่จัดเก็บยาอย่างเหมาะสม แยกจากกัน โดยจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระบบระเบียบ</li> </ul> | 2     | ห้องจ่ายยามิพื้นที่เพียงพอและมีการจัดส่วนพื้นที่เหมาะสมและมีป้ายครบ  |                               |
|   |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดลอมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ ห้องจ่ายยามิ พท.เพียงพอ แต่ไม่มีป้ายหรือมีป้ายไม่ครบ |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
| <b>Phar - ส2</b> มีสถานที่สำหรับผู้รับบริการนั่งรอรับยาขนาดพอเหมาะ ไม่แออัด               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูสถิติจำนวนผู้รับบริการ โดยพิจารณาว่ามีบริเวณรอรับยาที่มีพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีเก้าอี้ นั่งรอ ไม่แออัดอาจพิจารณาอัตราผู้ยื่นรอรับยาต่อผู้รับยาทั้งหมด ณ เวลาเข้าตรวจประเมิน</li> </ul>  | 2     | สถานที่แยกเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน้าอื่น ๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา  |                               |
|   |   | 1     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้  |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
| <b>Phar - ส3</b> มีบริเวณให้คำปรึกษาด้านยาที่เป็นสัดส่วน สอดคล้องกับสิทธิของผู้ป่วย       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้คำปรึกษาเรื่องยาหรือให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วย ที่เป็นส่วนตัว มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจสอดคล้องกับสิทธิของผู้ป่วย และมีการติดป้ายชื่อผู้ให้บริการไว้อย่างชัดเจน</li> </ul>  | 2     | มีการจัดสถานที่ให้คำปรึกษาด้านยาแยกเป็นสัดส่วน ปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ  |                               |
|   |   | 1     | มีการใช้สถานที่ร่วมกับแผนกอื่น ทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้  |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|--|-------------------------------|
| Phar - ส4 มีสถานที่เก็บสำรองยาเป็นสัดส่วน มีพื้นที่ขนาดเหมาะสมในการจัดเก็บ      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่าสถานที่เก็บสำรองยา (คลังยา) มีพื้นที่เพียงพอที่จะสามารถแยกเก็บยาได้เป็นสัดส่วน สะอาด โปร่ง ไม่อับทึบ มีความปลอดภัยมีการจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระเบียบถูกต้องตามหลักวิชาการและแยกเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีคำสั่งผู้รับผิดชอบชัดเจน และมีการแยกเก็บกุญแจ</li> </ul> | 2     | คลังยาขนาดเหมาะสม และมีการจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระเบียบถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยมีพท.เพียงพอ มีระบบการเก็บยาเป็นสัดส่วน เหมาะสม |                               |
|   |  | 1     | มีพื้นที่ไม่เพียงพอ แต่มีการแยกเก็บยาเป็นสัดส่วนเหมาะสม  |                               |
|   |  | 0     | มีพื้นที่ไม่เพียงพอ การแยกเก็บยาไม่เป็นสัดส่วน ไม่เหมาะสม  |                               |
| Phar - ส5 มีการจัดการควบคุมสถานะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่าสถานที่เก็บสำรองยา (คลังยา) มีการควบคุมกำกับอุณหภูมิ ความชื้นในการเก็บรักษา และเวชภัณฑ์เพื่อรักษาคุณภาพยาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม และมีการบันทึกติดตามที่เป็นปัจจุบัน</li> </ul>  | 2     | มีการควบคุมสถานะแวดล้อมและมีการบันทึกติดตามที่เป็นปัจจุบัน   |                               |
|   |  | 1     | มีการควบคุมสถานะแวดล้อม แต่ไม่มีการบันทึกติดตามที่เป็นปัจจุบัน   |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีการควบคุมสถานะแวดล้อม   |                               |
| <b>Phar - บุคลากร</b>   |  |       |  |                               |
| Phar - ค1 เกษีกร ปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจำนวนเกษีกร ที่ปฏิบัติงานประจำ โดยคิดจากสัดส่วน ไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง</li> </ul>   | 2     | มีเกษีกรปฏิบัติงานประจำเพียงพอ เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|   |  | 1     | มีเกษีกรที่ปฏิบัติงานประจำต่ำกว่าเกณฑ์และมีพนักงานเกษีกรกรรมปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของเกษีกรทดแทน                            |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีเกษีกรที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออัตราโดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์ และไม่มีพนักงานเกษีกรกรรมปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของเกษีกร ทดแทน    |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|---|-------------------------------|
| Phar - ค2 จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด24 ชั่วโมง | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีบุคลากรให้บริการทางเภสัชกรรมปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ ตลอด 24 ชั่วโมง</li> </ul>  | 2     | มีบุคลากรทางเภสัชกรรม ปฏิบัติงานประจำตลอด24 ชม.                                       |                               |
|   |  | 1     | ไม่มีบุคลากรทางเภสัชกรรม ปฏิบัติงานประจำตลอด24 ชม. แต่มีระบบการให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา |                               |
|   |  | 0     | ไม่มีการจัดบริการหรือระบบให้คำปรึกษา  |                               |
| <b>Phar - อุปกรณ์ เครื่องมือ</b>  |  |       |   |                               |
| Phar - อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ หรือครุภัณฑ์ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน <b>อย่างเพียงพอ</b></li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>ตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น หรือตู้ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิ</li> <li>ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มีกุญแจเปิดและเปิด</li> <li>อุปกรณ์การนับเม็ดยาหรือถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย2 ชุด</li> <li>ตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์อื่นมั่นคงปลอดภัยจัดเป็นระเบียบ คั่นห่างง่าย</li> <li>อุปกรณ์ในการเตรียม ผสม และแบ่งบรรจุยาเพียงพอ และเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา</li> </ol> | 2     | มีอุปกรณ์ หรือครุภัณฑ์ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแผนกบริการเภสัชกรรม  |                               |
|   |  | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์  |                               |
|   |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
| <b>Phar - ระบบงานเภสัชกรรม</b>   |  |       |  |                               |
| Phar -ร1 การคัดเลือก จัดซื้อ/จัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่าย และกระจาย เภสัชภัณฑ์ถูกต้องตาม หลักการ และมีกำหนดเป็น ระเบียบหรือคู่มือปฏิบัติไว้ | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ คือ ระเบียบปฏิบัติภายใน คู่มือการทำงานรายการ บัญชียาโรงพยาบาล รายงานการสำรองยา การควบคุม เบิกจ่ายยา การตรวจสอบและ ควบคุมยาหมดอายุ รายงานการควบคุม เก็บรักษา จ่าย ยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ ต่อจิตประสาท ร่วมกับการซักถาม เพื่อแสดงว่าหน่วยบริการนั้น มี การคัดเลือก จัดซื้อ จัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่าย และกระจาย เภสัชภัณฑ์ ตามหลักการ</li> </ul>  | 2     | มีวิธีปฏิบัติของหน่วยบริการตามที่กำหนด ในแผนกบริการเภสัช กรรมครบถ้วนสมบูรณ์  |                               |
|  |  | 1     | มีบางส่วนแต่ไม่สมบูรณ์ตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 0     | ไม่ได้ดำเนินการ หรือดำเนินการส่วนใหญ่ไม่เหมาะสม                              |                               |
| Phar -ร2 การให้บริการทางเภสัช กรรมคลินิก การติดตาม ให้ คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ การรายงาน/สถิติผลการ ให้บริการทางเภสัชกรรมด้านต่างๆ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>- งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก/ใน โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้ อัตราการจ่ายยาผิดที่ผู้ป่วยนอก/ใน ความพึงพอใจผู้รับบริการ ทั้งผู้ป่วยนอก/ใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอก</li> <li>- งานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก การให้คำปรึกษาและแนะนำ การใช้ยา</li> <li>- งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกเวลาราชการ</li> <li>- บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยใน</li> <li>- งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา</li> <li>- งานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ</li> </ul> </li> </ul> | 2     | มีผลการปฏิบัติงานให้บริการเภสัชกรรม ของหน่วยบริการ ครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่กำหนด |                               |
|  |  | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการบางเรื่องหรือส่วนใหญ่ไม่มีผลการดำเนินงาน                    |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|---|-------------------------------|
| Phar -ร3 การให้บริการข้อมูลทางยา และการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ การบันทึก/รายงาน/สถิติ ผลการให้บริการ บริการตอบปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วย ประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ การ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านยาแก่ผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์</li> </ul> | 2     | มีผลการปฏิบัติงานให้บริการทางเภสัชสนเทศของหน่วยบริการครบถ้วนสมบูรณ์ |                               |
|  |  | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์                                    |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการบางเรื่องหรือส่วนใหญ่ไม่มีผลการดำเนินงาน           |                               |
| Phar -ร4 การติดตามและประเมินผลการใช้ยา ( Drug Use Review & Drug Use Evaluation )   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ การบันทึก/รายงาน/สถิติ การติดตามและประเมินผลการใช้ยา ( Drug Use Review &amp; Drug Use Evaluation ) อาจวัดเชิงมูลค่าเงินและการใช้ยาanti-biotic ว่าเหมาะสมไหม</li> </ul>               | 2     | มีผลการปฏิบัติงานการติดตามและประเมินผลการใช้ยา ตามที่กำหนด          |                               |
|  |  | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์                                    |                               |
|  |  | 0     | ไม่มีการดำเนินการบางเรื่องหรือส่วนใหญ่ไม่มีผลการดำเนินงาน           |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|---|-------------------------------|
| <b>แผนก 8 บริการเทคนิคการแพทย์ (Lab)</b>   |   |       |   |                               |
| <b>Lab - สถานที่</b>   |   |       |   |                               |
| <b>Lab - ส1</b> สถานที่ที่มีความเหมาะสมสะดวกในการมาใช้บริการ                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นการตรวจจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้ง มีลักษณะสะดวกต่อการเข้าถึง ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสัดส่วน อยู่ในจุดที่เชื่อมโยงกับ แผนกอื่นๆ ได้สะดวกและมีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน</li> </ul>  | 2     | สถานที่แยกเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆ ได้สะดวก รวดเร็ว ทันเวลา                         |                               |
|  |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้   |                               |
|  |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
| <b>Lab - ส2</b> การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่างๆ เหมาะสมตามขนาดและหน้าที่ความรับผิดชอบ | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ส่วนต่างๆ ในห้องปฏิบัติการ ว่ามีการจัดพื้นที่สำหรับภารกิจการดำเนินงานต่างๆ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเก็บส่งตรวจจากผู้ป่วย(สถานที่เจาะเลือด ห้องสุชา) และพื้นที่พักรอสำหรับผู้ส่งส่งตรวจอยู่ภายนอกห้องปฏิบัติการ</li> <li>2. พื้นที่การปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ประเภทต่างๆ</li> <li>3. พื้นที่การปฏิบัติการเฉพาะแยกจากการตรวจประเภทอื่น เช่น ห้องธนาคารเลือด ห้องจุลชีววิทยาคลินิก</li> <li>4. พื้นที่เก็บวัสดุอุปกรณ์และสารเคมี</li> <li>5. พื้นที่ทำงานค้นเอกสาร</li> <li>6. พื้นที่สำหรับทำความสะอาดอุปกรณ์และ</li> <li>7. พื้นที่พักสำหรับเจ้าหน้าที่</li> </ol> </li> </ul> | 2     | มีการจัดส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ครบถ้วนแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน เพียงพอกับการให้บริการ                                      |                               |
|  |   | 1     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้าง แต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้          |                               |
|  |   | 0     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับรุนแรงมีผลต่อบริการและไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาอันสั้น |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|---|-------------------------------|
| <b>Lab - ส3</b> มีอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องปฏิบัติการ             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องปฏิบัติการ</li> </ul>  | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|   |   | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์  |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
| <b>Lab - ส4</b> มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย การระบายอากาศดี และมีอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาความสะอาดทั่วทั้งห้องรวมทั้งพื้นห้อง การจัดวางเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆเป็นระเบียบเรียบร้อย มีการระบายอากาศภายในห้องโดยมีช่องระบายอากาศหรือพัดลมดูดอากาศเพื่อระบายกลิ่นควัน ไอที่เกิดขึ้น มีแสงสว่างเพียงพอ</li> </ul> | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|   |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
| <b>Lab - ส5</b> มีการเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อแยกจากมูลฝอยทั่วไป                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดการขยะติดเชื้อและขยะอันตรายจากขยะทั่วไปภายในห้องปฏิบัติการว่ามีภาชนะจัดเก็บขยะติดเชื้อที่มีลักษณะเหมาะสมและมีการขนย้ายไปกำจัดทุกวัน</li> </ul>  | 2     | แยกครบ มีการแยกขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ออกจากขยะทั่วไป   |                               |
|   |   | 1     | แยกไม่ครบ   |                               |
|   |   | 0     | ไม่แยกอะไรเลย   |                               |
| <b>Lab - บุคลากร</b>  |   |       |   |                               |
| <b>Lab - ค1</b> นักเทคนิคการแพทย์อย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจำนวนนักเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำ โดยคิดจากสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง</li> </ul>   | 2     | มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานครบ ตามเกณฑ์   |                               |
|   |   | 1     | มีนักเทคนิคการแพทย์ จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์ โดยมีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ปฏิบัติงานแทน                        |                               |
|   |   | 0     | ไม่มีนักเทคนิคการแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|---|-------------------------------|
| <b>Lab - ค.2</b> จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานให้บริการทางเทคนิคการแพทย์ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถามและดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีบุคลากร ตามประเภทการให้บริการทางพยาธิวิทยา ปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ ตลอด 24 ชั่วโมง</li> </ul>  | 2     | มีบุคลากรปฏิบัติงานในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชม.  |                               |
|   |  | 1     | มีบุคลากรปฏิบัติงานตลอด 24 ชม. คือมีบุคลากรปฏิบัติงานเวลาปกติ แต่นอกเวลาปกติใช้วิธีการเรียกตามตัว |                               |
|   |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่มีบุคลากรให้บริการตลอด 24 ชม.  |                               |
| <b>Lab - อุปกรณ์ เครื่องมือ</b>   |  |       |   |                               |
| <b>Lab - อ1</b> อุปกรณ์ เครื่องมือ <input type="checkbox"/>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ และบันทึกการซ่อมบำรุงหรือการตรวจสอบสภาพการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่กำหนดครบที่ได้รับการ <b>Calibrate</b> ตามระยะเวลาที่กำหนดและอยู่ในสภาพพร้อมใช้</li> <li>1. กล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายถึง 1,000 เท่า</li> <li>2. เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจนับจำนวนเซลล์เช่น เครื่องนับเซลล์อัตโนมัติ เครื่องนับเม็ดเลือด</li> <li>3. เครื่องวิเคราะห์ความเข้มข้นของสารที่มีใช้เครื่องที่ใช้ในบ้าน หรือข้างเตียงผู้ป่วย เช่น spectrophotometer, chemistry analyzer, bloodgas analyzer และ electrolyte analyzer</li> <li>4. เครื่องมือควบคุมอุณหภูมิในการตรวจวิเคราะห์ (incubator)</li> <li>5. มีเครื่องปั่นตกตะกอน (Centrifuge)</li> <li>6. ตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจและน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์</li> </ul> | 2     | มีครบตามรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในแผนกบริการชั้นสูตร และพร้อมใช้งาน                               |                               |
|   |  | 1     | มีครบ แต่บางส่วนไม่สมบูรณ์ในการใช้งาน   |                               |
|   |  | 0     | มีเครื่องมือไม่ครบตามเกณฑ์  |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|-------------------------------|--|-------|------------|-------------------------------|
|                               | <p>7. มีตู้เย็นเก็บเลือด สำหรับงานทางธนาคารเลือด</p> <p>8. มี เครื่องนี้้งฆ่าเชื้อโรคด้วยความดันไอน้ำ (autoclave) กรณีมีการเพาะเชื้อ</p> <p>9. มีตู้ปฏิบัติการปลอดเชื้อระดับ2 หรือตู้สำหรับ เตรียมตัวอย่าง</p> |       |            |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|---|-------|---|-------------------------------|
| <b>แผนก 9 บริการรังสีวินิจฉัย (X-rays)</b>  |   |       |   |                               |
| <b>X-rays - สถานที่</b>   |   |       |   |                               |
| <b>X-rays - ส1</b> ห้องตรวจทางรังสีวิทยา อาคารหรือส่วนของอาคารที่ให้บริการแยกเฉพาะจากส่วนบริการอื่นที่มีผู้รับบริการหนาแน่น ติดต่อกับแผนกบริการอื่นได้สะดวก | <ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นการตรวจจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้ง ไม่มีลักษณะสะดวกต่อการเข้าถึงตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสัดส่วน อยู่ในจุดที่เชื่อมโยงกับ แผนกอื่นๆ ได้สะดวกและมีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน</li> </ul>  | 2     | สถานที่แยกเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นได้สะดวก รวดเร็ว                                 |                               |
|   |   | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
| <b>X-rays - ส2</b> การจัดแบ่งสัดส่วนพื้นที่ ใช้งาน เป็นสัดส่วนชัดเจนเพียงพอ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ส่วนต่างๆ ภายในแผนกรังสีวิทยา ว่ามีการจัดพื้นที่สำหรับ เก็บฟิล์มเพียงพอ สะดวกต่อการคืนและเก็บฟิล์ม มีการระบายอากาศดี มีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าที่มีฉีดยาเพียงพอ ปลอดภัย รวมทั้งมีพื้นที่สำหรับรอรับบริการอย่างเพียงพอ</li> </ul>  | 2     | มีการจัดส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์และเพียงพอเทียบกับสถิติการบริการในแต่ละวัน  |                               |
|   |   | 1     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้         |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
| <b>X-rays - ส3</b> ห้องตรวจทางรังสีวิทยามีขนาดเหมาะสม สะดวกต่อการให้บริการ  | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูว่ามีขนาดพื้นที่เหมาะสมเพียงพอ ต่อการให้บริการตามความสามารถของหน่วยบริการนั้น ซึ่งทำให้ต้องมีห้องตรวจประเภทต่างๆ เช่น ห้องตรวจเอกซเรย์ทั่วไป ห้องตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ห้องตรวจด้วยเครื่องส่องตรวจทางรังสี การตรวจทางรังสีโดยใช้สารทึบแสง</li> <li>ห้องตรวจทางรังสีวิทยาแต่ละห้องต้องมีขนาดเหมาะสม</li> </ul> | 2     | ห้องตรวจทางรังสีวิทยา มีขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม   |                               |
|   |   | 1     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้         |                               |
|   |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|---|-------------------------------|
| <b>X-rays - ส4</b> ห้องบริการทางรังสีวิทยา ต้องสามารถป้องกันอันตรายจากรังสีได้และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ตรวจสอบเอกสารการตรวจสอบว่ามีใบอนุญาตมีไว้เพื่อครอบครองซึ่งเครื่องกำเนิดรังสีหรือมีรายงานผลการตรวจของกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ เพื่อผลิตหรือใช้พลังงานจากเครื่องกำเนิดรังสี(ซึ่งจะครอบคลุมทั้งเรื่องเครื่องและห้อง) โดยเป็นใบอนุญาตที่เป็นปัจจุบัน</li> </ul>   | 2     | มีใบอนุญาตหรือรายงานผลการตรวจครบทุกเครื่อง                                      |                               |
|  |   | 1     | มีใบอนุญาตหรือรายงานผลการตรวจแต่ไม่ครบทุกเครื่อง                                |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีใบอนุญาตหรือรายงานผลการตรวจ  |                               |
| <b>X-rays - ส5</b> มีป้ายเตือนผู้รับบริการถึงอันตรายของรังสี   | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ตรวจสอบว่ามีการระมัดระวังและป้องกันไม่ให้ผู้มารับบริการได้รับรังสีเกิน โดยมีการติดป้ายคำเตือน สัญลักษณ์เตือนภัยทางรังสี ที่จุดทางเข้าและพื้นที่ควบคุม และสัญญาณไฟบ่งชี้บริเวณที่มีรังสี</li> <li>ในขณะที่กำลังใช้งานเครื่องกำเนิดรังสี</li> <li>1.5.1 มีป้ายคำเตือนผู้ป่วยที่มีครรภ์ให้แจ้งแก่เจ้าหน้าที่</li> <li>1.5.2 มีป้ายสัญลักษณ์แสดงเขตรังสีและไฟสัญญาณแสดงขณะใช้งานเครื่องกำเนิดรังสี</li> </ul> | 2     | มีสัญญาณไฟแสดงสถานะและป้ายเตือน ครบตามรายการที่กำหนด อยู่บริเวณห้องเอกซเรย์     |                               |
|  |   | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์  |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีการดำเนินการ   |                               |
| <b>X-rays - บุคลากร</b>  |   |       |   |                               |
| <b>X-rays - ค1</b> มีบุคลากรด้านรังสีเทคนิคตามเกณฑ์  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบว่ามีจำนวนบุคลากรด้านรังสีวิทยา(รังสีแพทย์/เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/นักรังสีเทคนิค) เพียงพอ โดยทุกแห่งต้องมีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคอย่างน้อย 1 คน ส่วน รพ.ขนาด 100 เตียงขึ้นไป ต้องมีนักรังสีเทคนิคอย่างน้อย 1 คน</li> </ul>   | 2     | มีบุคลากรทางด้านรังสีวิทยา ตามเกณฑ์   |                               |
|  |   | 1     | มีบุคลากรทางด้านรังสีวิทยาดำกว่าเกณฑ์   |                               |
|  |   | 0     | ไม่มีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค หรือนักรังสี เทคนิค                                 |                               |
| <b>X-rays - ค2</b> จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีบุคลากร ตามประเภทการให้บริการทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ ตลอด 24 ชั่วโมง</li> </ul>  | 2     | มีบุคลากรทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานประจำ ตลอด 24 ชม.                               |                               |
|  |   | 1     | มีบุคลากรทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานตลอด 24 ชม. โดยนอกเวลาปกติใช้วิธีการเรียกตามตัว |                               |
|  |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ   | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|---|--|-------|--|-------------------------------|
| <b>X-rays - อุปกรณ์ เครื่องมือ</b>  |  |       |  |                               |
| <b>X-rays - อ1</b> เครื่องเอ็กซเรย์และเครื่องล้างฟิล์มที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์  | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อดูว่ามีเครื่องเอกซเรย์ ขนาด ไม่ต่ำกว่า 300 ma ซึ่งมีเครื่องกำเนิด/ผลิตรังสีที่ได้รับการตรวจและรับรองตามมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานที่สำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติให้การรับรอง โดยให้แสดงใบการรับรองที่เป็นปัจจุบันและตรวจดูบันทึกการซ่อมบำรุงหรือการตรวจสภาพการใช้งาน</li> </ul>   | 2     | มีอุปกรณ์ เครื่องมือที่ได้มาตรฐานที่พร้อมใช้งานประจำในแผนกบริการรังสีวิทยา   |                               |
|   |  | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์   |                               |
|   |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
| <b>X-rays - อ2</b> อุปกรณ์วัด และป้องกันอันตรายจากรังสี                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อดูว่า บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่มี/ติด เครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี ส่วนบุคคล เช่น ฉากกั้นรังสีอุปกรณ์วัดระดับปริมาณรังสี ประจำบุคคลและมีรายงานผลอย่างต่อเนื่อง เช่น เสื้อตะกั่ว ถุงมือ แวนตา ไซโรยด์ Shell สำหรับการ X-rays ฟัน ถุงมือในกรณีที่มีเครื่อง X-rays Fluoroscopy โดยพิจารณาตามบริการที่จัด และมีจำนวนเพียงพอตามความจำเป็นในการให้บริการ</li> </ul> | 2     | มีอุปกรณ์วัดและป้องกันอันตรายจากรังสี ที่พร้อมใช้งานตามรายการที่กำหนดประจำและตามภาวะกิจการให้บริการ อยู่ในแผนกบริการรังสีวิทยา |                               |
|   |  | 1     | บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์   |                               |
|   |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
| <b>X-rays - อ3</b> ชุดอุปกรณ์ยา และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อยหนึ่งชุด | <ul style="list-style-type: none"> <li>สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพระดับBasic Life Support มีรายงานการซ้อม Basic Life Support หรือมีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน</li> </ul>  | 2     | มีรายการอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพระดับBasic Life Support ประจำอยู่ในแผนกบริการรังสีวิทยา                        |                               |
|   |  | 1     | มีบางส่วน ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามรายการแต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา หรือมีเครื่องแจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังห้องER                           |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ | แนวทางการพิจารณา | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|-------------------------------|------------------|-------|---|-------------------------------|
|                               |                  | 0     | ไม่มีรายการอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ระดับBasic Life Support ประจำอยู่ในแผนกบริการรังสีวิทยา และไม่มีระบบในการช่วยฟื้นคืนชีพ |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|--|-------------------------------|
| <b>แผนก 10 บริการหอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต (ICU - สำหรับโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป)</b><br>หลักการพิจารณา จำนวนเตียงให้ใช้ตามจำนวนเตียงที่เปิดจริง ในกรณีนี้ ไม่รวม CCU หรือ NICU สำหรับ รพ.ที่ต่ำกว่า 100 เตียง และมีบริการหอผู้ป่วยหนักต้องตรวจและนำคะแนนมาพิจารณาด้วย |  |       |  |                               |
| <b>ICU - สถานที่</b>   |  |       |  |                               |
| ICU - ส1 ที่ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นเป็นสัดส่วน มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยหนักกับห้องผ่าตัดห้องฉุกเฉิน หน่วยรังสี  | <ul style="list-style-type: none"> <li>พิจารณาว่า สถานที่ปฏิบัติงานแยกเป็นสัดส่วน มีเส้นทางเชื่อมต่อ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นได้สะดวก รวดเร็ว</li> </ul>                              | 2     | ที่ตั้งเป็นสัดส่วนและสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา  |                               |
|  |  | 1     | สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้  |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 8     | ไม่ตรวจ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่มี/ ไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก |                               |
| ICU - ส2 จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักมีไม่เกิน 12 เตียง ต่อหอผู้ป่วยหนัก  | <ul style="list-style-type: none"> <li>ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก ต้องไม่แออัด ไม่เกิน 12 เตียง ในแต่ละหอผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงขนาดของห้องประกอบด้วย</li> </ul> | 2     | เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 1     | มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้  |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |  | 8     | ไม่ตรวจ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่มี/ ไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก |                               |



| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ                          | แนวทางการพิจารณา   | คะแนน | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|--|-------|---|-------------------------------|
| <b>ICU - ส3</b> ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2 เมตร | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาคุณภาพภายในหอผู้ป่วยหนัก ว่ามีการจัดเตียงผู้ป่วยเหมาะสมหรือไม่ มีการจัดระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วยแต่ละเตียง โดยพิจารณาประกอบกับจำนวนเตียงในข้อICU-ส2 และขนาดของห้องประกอบด้วย ซึ่งในหน่วยบริการแต่ละแห่งจะมีพื้นที่แตกต่างกันได้ ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเข้าช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตได้สะดวก รวดเร็ว</li> </ul> | 2     | ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2 เมตร  |                               |
|  |  | 1     | ระยะห่างระหว่างเตียง 1.5 - 1.9 เมตร   |                               |
|  |  | 0     | ระยะห่างระหว่างเตียงน้อยกว่า 1.5 เมตร   |                               |
|  |  | 8     | ไม่ตรวจ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบUC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่มี/ ไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก |                               |
| <b>ICU - ส4</b> มีการแบ่งพื้นที่เพียงพอและเป็นสัดส่วน  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยหนักเป็นสัดส่วนแยกเขตสะอาด เขตสกปรก เขตควบคุม หรือห้องแยก โดยมีแนวทางปฏิบัติในการใช้พื้นที่ดังกล่าวเพื่อป้องกันการติดเชื้อการปนเปื้อนจากภายนอก</li> </ul>  | 2     | การจัดสัดส่วนครบถ้วนตามเกณฑ์และ มีการปฏิบัติในการใช้สอยพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ   |                               |
|  |  | 1     | บางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ   |                               |
|  |  | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์   |                               |
|  |  | 8     | ไม่ตรวจ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบUC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่มี/ ไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ  | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน | เกณฑ์คะแนน   | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|--|---|-------|--|-------------------------------|
| <b>ICU - การจัดบุคลากร</b>   |   |       |  |                               |
| <b>ICU - ค1</b> มีแพทย์เวรพร้อมให้บริการประจำหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ตรวจสอบจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และตรวจสอบจากบันทึกการจัดตารางเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวรประจำอยู่ในหอผู้ป่วยหนักตลอดเวลา หรือสามารถตามแพทย์มาได้เมื่อมีผู้ป่วย หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น</li> </ul>  | 2     | มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชม.  |                               |
|  |   | 1     | ตามแพทย์เมื่อมีผู้ป่วย หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น  |                               |
|  |   | 0     | ไม่เป็นไปตามเกณฑ์  |                               |
|  |   | 8     | ไม่ตรวจ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่มี/ ไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก |                               |
| <b>ICU - ค2</b> มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• พิจารณาจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ทั้ง FullTime และ Parttime</li> <li>• ได้รับการอบรมดูแลผู้ป่วยวิกฤติ รวมทั้งการอบรมภายนอกหรือ อบรมภายในหน่วยงาน แต่ต้องมีหลักสูตรและหลักฐานผ่านการอบรมที่ชัดเจน</li> </ul> | 2     | มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 75 % ขึ้นไป  |                               |
|  |   | 1     | มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 50 - 74 %  |                               |
|  |   | 0     | มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก น้อยกว่า 50 %  |                               |
|  |   | 8     | ไม่ตรวจ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด < 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบ UC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่มี/ ไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก |                               |

| เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ      | แนวทางการพิจารณา  | คะแนน                               | เกณฑ์คะแนน  | ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------|
| <b>ICU - อุปกรณ์ เครื่องมือ</b>    |   |                                     |   |                               |
| <b>ICU - 01</b> เครื่องมือ อุปกรณ์ | <ul style="list-style-type: none"> <li>● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย</li> <li>1.1. เครื่องช่วยหายใจ (Respirator) ไม่น้อยกว่า 1 เครื่อง ต่อเตียง ICU 1เตียง</li> <li>1.2. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) ครอบคลุมผู้ป่วยทุกเตียง</li> <li>1.3. เครื่องวัดความอิ่มตัวของOxygen ในเลือด (Oxygen Sat. Analyzer)</li> <li>1.4. เครื่องกระตุกหัวใจ (defibrillator)</li> <li>1.5. Blood gas Analyser (อนุ โลมใช้ร่วมกับห้องLab ได้)</li> <li>1.6. Pipeline system ช้างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่ายmedical gas (ถังออกซิเจน)</li> <li>1.7. รถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำ <ul style="list-style-type: none"> <li>1.7.1 มีอุปกรณ์ต่อไปนี้ พร้อมใช้งาน: self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes ขนาดต่างๆ</li> <li>1.7.2 มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตามCPR Guidelineของหน่วยงาน</li> </ul> </li> <li>โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์</li> <li>1.8 ชุดเครื่องมือเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ฉุกเฉิน</li> </ul> | <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>8</p> | <p>มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในหอผู้ป่วย และมีจำนวนเพียงพอ(อนุ โลมกรณีใช้ Blood gas Analyser ร่วมกับหน่วยงานอื่น)</p> <p>บางรายการใช้ร่วมกับหน่วยอื่น หรือ บางรายการมีจำนวนไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา</p> <p>มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งานไม่ครบทุกรายการที่กำหนด หรือ มีจำนวนรายการครบแต่ไม่เพียงพอ หรือไม่พร้อมใช้งาน หรือไม่ สามารถจัดหาได้ทันเวลา</p> <p>ไม่ตรวจ เนื่องจากเป็น รพ.ขนาด &lt; 100 เตียง หรือเป็นสถานพยาบาลที่รักษาเฉพาะบางโรค หรือสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในระบบUC เฉพาะบางโครงการ ซึ่งไม่มี/ ไม่จำเป็นต้องมีบริการหอผู้ป่วยหนัก</p> |                               |