

การประเมินตามเกณฑ์ชี้แนะ “หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์”

หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์ หมายถึง ที่จัดบริการ ไม่ครบตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีการจัดบริการเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ โดยมีการทำสัญญา/ข้อตกลง/หรือได้รับมอบหมาย กับหน่วยบริการประจำ เช่น คลินิกเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายสถานพยาบาล ห้องปฏิบัติการของหน่วยงานภาครัฐ

เกณฑ์การตรวจหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
1 ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดเดียวกับหน่วยบริการประจำ หรือพื้นที่รอยต่อจังหวัดที่ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ทั้งนี้ตามที่สำนักงาน หรือสำนักงานสาขา กำหนดหรือเห็นชอบ	พิจารณาว่าสถานที่ตั้งว่าผู้มีสิทธิสามารถเดินทางเข้าถึงได้สะดวกหรือไม่ แม้ว่าจะอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดเดียวกันกับหน่วยบริการประจำ หรือรอยต่อจังหวัด ถ้าผู้มีสิทธิเดินทางเข้าถึงลำบาก ระยะทางไกลมาก หรือเส้นทางคมนาคมไม่สะดวก ก็ไม่ควรพิจารณาให้ผ่านการประเมิน	2	ผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงได้สะดวก	
		1	ผู้มีสิทธิสามารถบางส่วน(<30%)เข้าถึงไม่สะดวก	
		0	ผู้มีสิทธิสามารถส่วนใหญ่(>30%)เข้าถึงไม่สะดวก	
2 มีระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านที่ร่วมให้บริการ และรายงานให้หน่วยบริการประจำ หรือสำนักงานตามที่ตั้งสำนักงานกำหนด	ขอคูแบบบันทึก และรายงานที่จัดทำ	2	มีระบบบันทึกและรายงานครบถ้วน	
		1	มีระบบบันทึกและรายงานบางส่วน	
		0	ไม่มีระบบบันทึกและรายงานครบถ้วน	
3. กรณีเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการสาธารณสุขเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง จะต้องมิบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออก ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือตามที่สำนักงานกำหนด				
3.1 ติดประกาศเวลาให้บริการตามที่ตกลงกับสำนักงานสาขา ไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจน และประกาศรายชื่อเครือข่ายหน่วยบริการ ให้ผู้มีสิทธิเกิดความมั่นใจในการที่จะได้รับการส่งต่อไปรับบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม	ให้ดูว่ามีการติดประกาศเวลาให้บริการหรือไม่ ติดไว้ในที่เปิดเผยหรือไม่ หรือมีระบบที่แจ้งกับผู้มีสิทธิอย่างไร	2	มีการประกาศประชาสัมพันธ์อย่างชัดเจน และติดไว้ในสถานที่ที่เห็นได้ชัดเจน	
		1	มีการประกาศประชาสัมพันธ์ แต่ติดไว้ในสถานที่ไม่เห็นชัดเจน หรือข้อมูลประชาสัมพันธ์ไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน	
		0	ไม่มีการประกาศประชาสัมพันธ์ใช้ประชาชนทราบ	

เกณฑ์การตรวจหน่วยบริการ ร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
3.2 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน และ/หรือมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็ว	กรณีเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล จะต้องผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินของกองการประกอบโรคศิลปะ โดยขอคู่มือเอกสารการตรวจครั้งสุดท้าย กรณีเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ภาครัฐ ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hematocrit , Urine sugar/ albumin , Urine pregnancy test และ Fasting blood sugar และการตรวจอื่นๆตามที่ขอขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข	2	กรณีเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของกองการประกอบโรคศิลปะ โดยไม่มีเงื่อนไข	
		1	ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของกองการประกอบโรคศิลปะแบบมีเงื่อนไข	
		0	ไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ของกองการประกอบโรคศิลปะ	
		2	กรณีเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ภาครัฐ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน และการตรวจอื่น ตามที่ขอขึ้นทะเบียน	
		0	มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานไม่ครบถ้วน	
3.3 มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 คน ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล		2	มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานตลอดเวลาทำการอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน	
		1	มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงาน 3 – 7 ชั่วโมง ต่อวัน	
		0	ไม่มี หรือมีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงาน น้อยกว่า 3 ชั่วโมง ต่อวัน	

เกณฑ์การตรวจหน่วยบริการ ร่วมให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
3.4 กรณีจัดให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือตามที่สำนักงานกำหนดในภาคผนวก (ข้อ 5.5 ของแบบตรวจหน่วยบริการปฐมภูมิ)	ใช้วิธีตรวจเช็ครายการของเครื่องมืออุปกรณ์ในภาคผนวก 4 และตรวจดูว่ามีครบตามขั้นต่ำหรือไม่ อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้หรือไม่ ถ้าไม่มีหรือไม่พร้อมใช้งาน สถานบริการจัดการแก้ปัญหาอย่างไร	2	มีรายการตามภาคผนวก 4 ครบทั้ง 9 ข้อ และพร้อมใช้งาน	
		1	มีรายการตามภาคผนวก 4 ขาดไป น้อยกว่า 30 % (ไม่เกิน 3 ข้อ) โดยไม่ใช่รายการ *** และมีแผนการจัดการให้เรียบร้อยภายใน 3 เดือน	
		0	ขาดรายการตามภาคผนวก 4 มากกว่า 30% (4 ข้อขึ้นไป) หรือขาดรายการ ***	

ภาคผนวก

สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หมายเหตุ *** เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไข การปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ก. เครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์			
(1) กล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายไม่น้อยกว่า 1,000 เท่า			
(2) ***เครื่องหมุนเหวี่ยงเพื่อตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (hematocrit centrifuge)			
(3) เครื่องหมุนเหวี่ยง (centrifuge) สำหรับปั่นแยกตัวอย่างหรือปั่นตกตะกอนปัสสาวะ			
(4) ***เครื่องมือตรวจ ณ จุดบริการบุคคล (point of care testing: POCT) และ/หรือ เครื่องมือวิเคราะห์ความเข้มข้นของสาร			
(5) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจนับจำนวนเซลล์			
(6) ตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุวิทยาศาสตร์และสิ่งตัวอย่าง			
(7) *** อุปกรณ์และภาชนะในการเก็บส่งตรวจชนิดต่างๆ			
(8) ***วัสดุวิทยาศาสตร์ (เช่น น้ำยา, สีย้อม) สำหรับการตรวจอุจจาระ			
(9) *** วัสดุวิทยาศาสตร์ (เช่น น้ำยา, สีย้อม) สำหรับทำการตรวจการตั้งครรภ์ หรือมาลาเรีย ตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ ด้วย urine strip หรือตรวจนับและแยกชนิดเม็ดเลือด (CBC)			
(10) วัสดุวิทยาศาสตร์ (เช่น น้ำยา สีย้อม) สำหรับการตรวจอื่น นอกเหนือจากข้อ 8 และข้อ 9 ตามประเภทของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ เช่น ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL) ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น			
(11) เครื่องมืออื่นๆ ตามประเภทของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ			
รวม 11 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)			