**ภาคผนวก**

**ข**

**(แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและ**

**แบบรายงานตัวชี้วัด)**

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านมารดาและทารก**

1. **ประเด็นการติดตามประเมินผล**
2. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

เป้าหมาย : 1) ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

2) ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

1. **สถานการณ์**.............................................................................................................................................................................
2. **ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

(1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

**1.1)** **ปีงบประมาณ พ.ศ.2560-2562** ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ M1 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน**  **(A)** | **จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด**  **(B)** | **ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน**  **(A/B) x100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**1.2)** **ปีงบประมาณ พ.ศ.2563-2564** ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)** | **จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด (B)** | **ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน**  **(A/B) x100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

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

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม จังหวัด)**…………………………………………….........................……..……

1. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

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

1. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

1. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

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

ผู้รายงาน..................................................................................................

ตำแหน่ง..................................................................................................

หน่วยงาน..................................................................................................

วัน/เดือน/ปี..................................................................................................

โทร.................................... e-mail………...............…….…………..

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 19 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่**

**จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง**

**แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน**

วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

1. เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควรเป็นเครื่องวัดความดันโลหิตแบบวัดที่แขนด้วยวิธี Oscillometric

2. สิ่งแวดล้อมในที่วัดความดันโลหิต

2.1 วัดความดันโลหิตในที่ที่สงบเงียบ อุณหภูมิกำลังสบาย

2.2 นั่งวัดบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1-2 นาทีก่อนวัดความดันโลหิต

2.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ

2.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่คาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

2.5 แผ่นผ้าที่พันต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

2.6 อาจพิจารณาพันแผ่นผ้าพันต้นแขนทับแขนเสื้อที่บางเท่านั้น ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นผ้าพันต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง

3. การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (วัดก่อนกินยา

และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

**แบบบันทึกการบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน**

**ตารางบันทึกค่าความดันโลหิต**

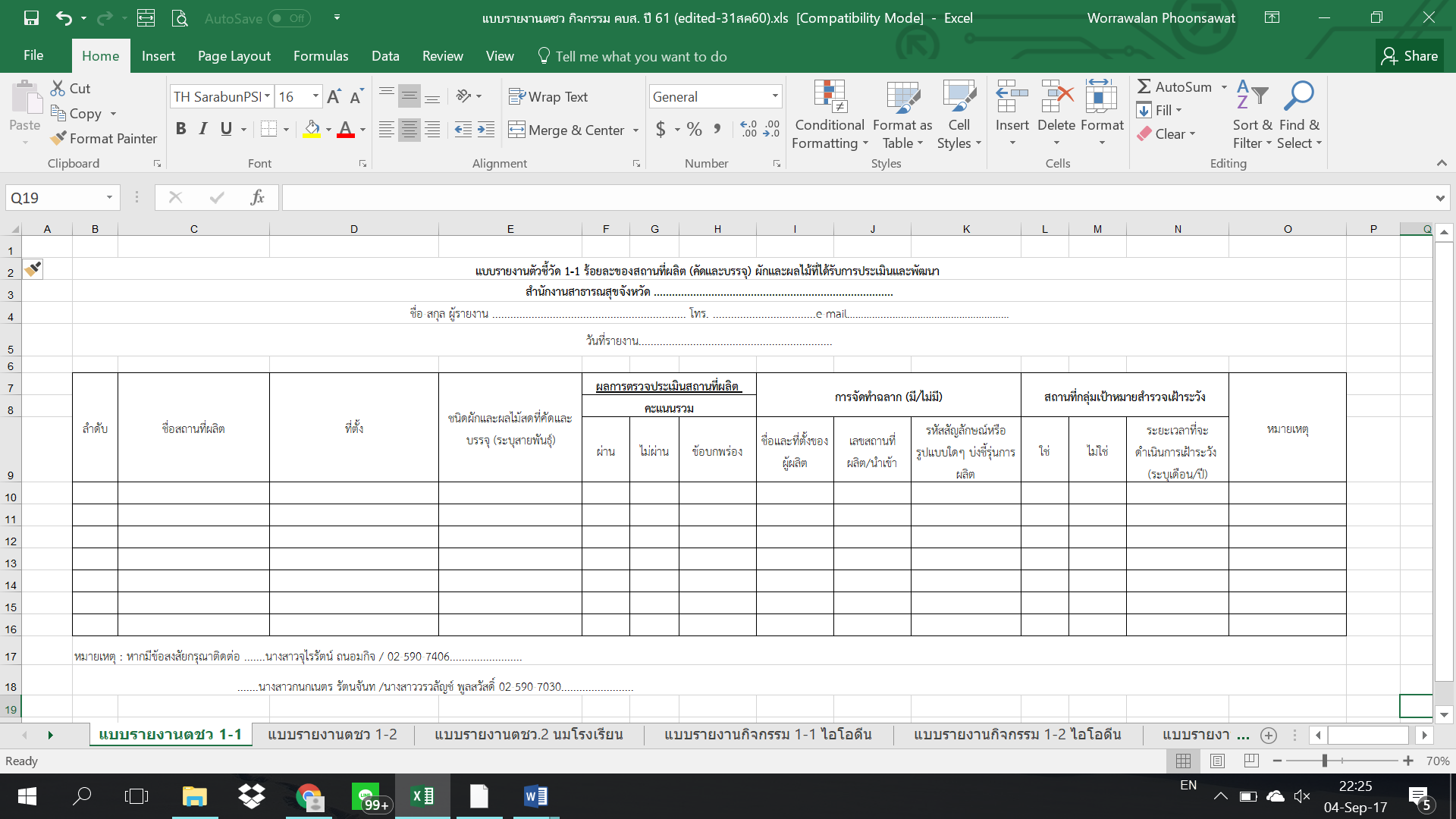
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันที่** | **วัน/เดือน/ปี** | **เช้า**  **ครั้งที่ 1** | | **เช้า**  **ครั้งที่ 2** | | **ก่อนนอน**  **ครั้งที่ 1** | | **ก่อนนอน**  **ครั้งที่ 2** | |
| **ตัวบน/ตัวล่าง**  **mmHg** | **HR**  **(ครั้งต่อนาที)** | **ตัวบน/ตัวล่าง**  **mmHg** | **HR**  **(ครั้งต่อนาที)** | **ตัวบน/ตัวล่าง**  **mmHg** | **HR**  **(ครั้งต่อนาที)** | **ตัวบน/ตัวล่าง**  **mmHg** | **HR**  **(ครั้งต่อนาที)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = ......................... mmHg | | | | | | | | | |

**ที่มา :** รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2560 หน้า 84-86

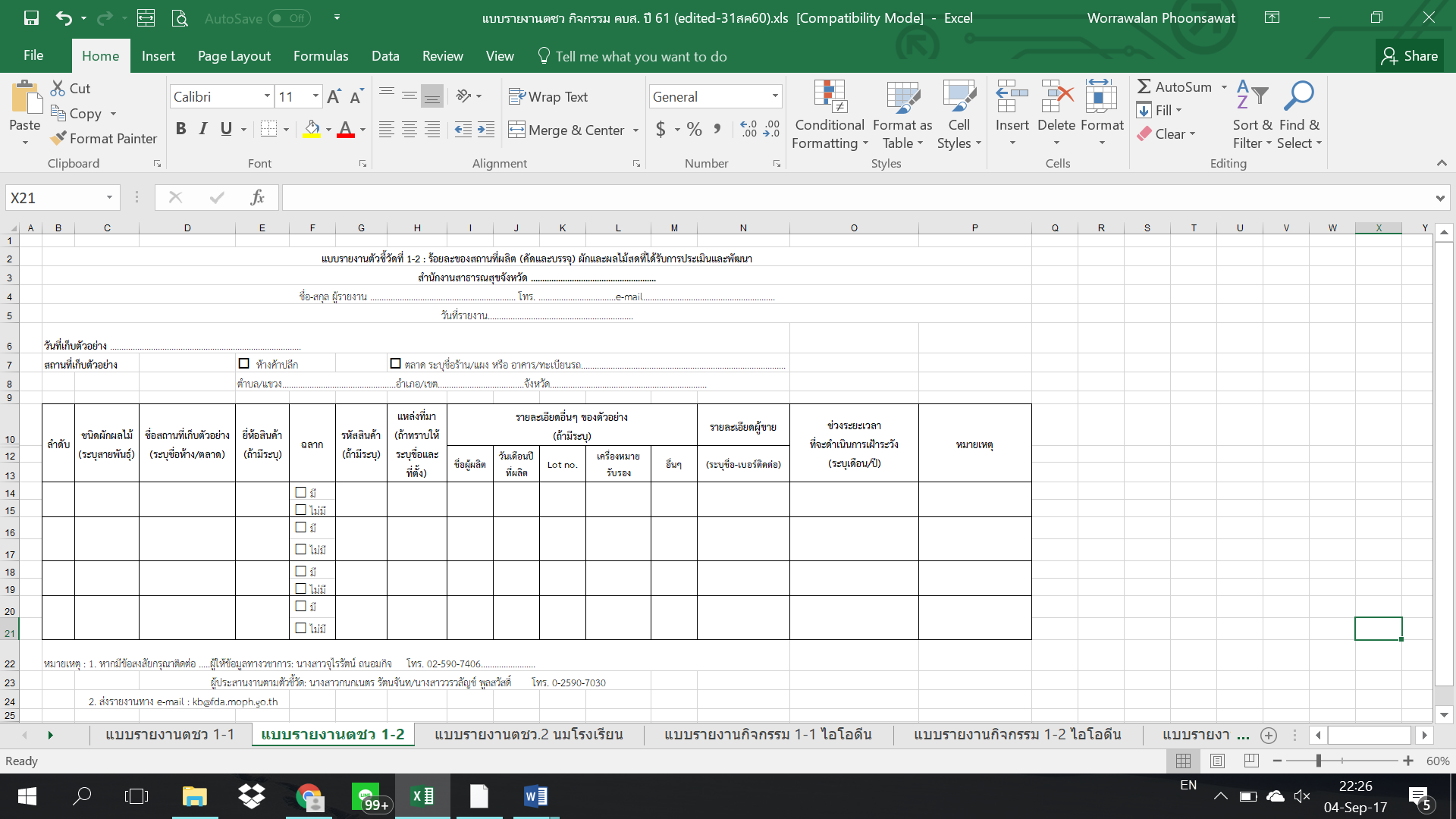
**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย**

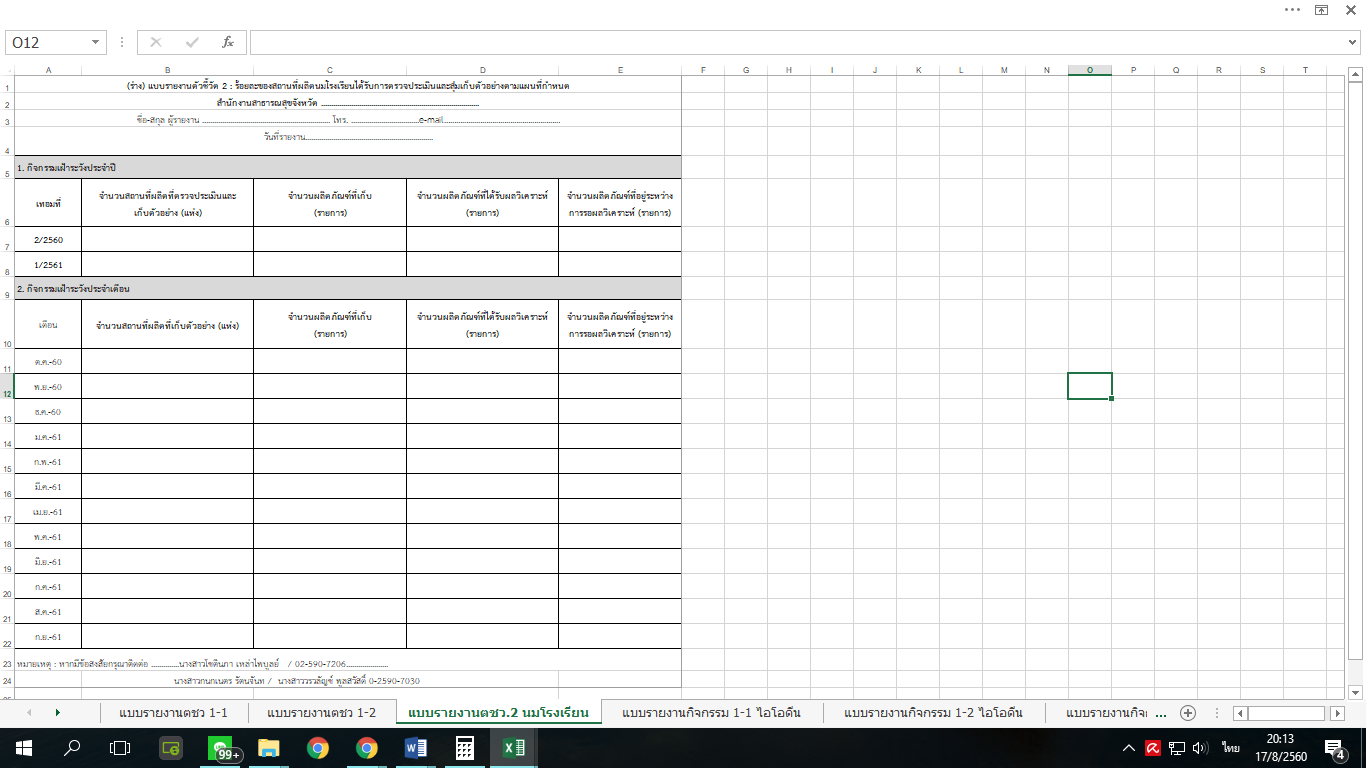
**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-1**



**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 1-2**

****

**แบบรายงานตัวชี้วัดที่ 2**



**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **สรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **หน่วยงาน......................................................** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ประเภทที่เก็บ** | **รายการที่เก็บ** | **หัวข้อวิเคราะห์** | **สถานที่จัดเก็บ (โปรดเลือก)** | | | **จำนวน** | **จำนวน ที่ได้รับ ผลวิเคราะห์** | **ผลวิเคราะห์** | | | | **สาเหตุที่ไม่เข้ามาตรฐาน** | | **การดำเนินการ ในกรณีที่ไม่เข้ามาตรฐาน** |
|  |  |  | **ผลิต** | **นำ**  **เข้า** | **จำ**  **หน่าย** | **ที่เก็บ** | **เข้า มาตร**  **ฐาน** | **ร้อยละ** | **ไม่เข้า มาตรฐาน** | **ร้อยละ** | **ระบุสาเหตุ** | **ระบุจำนวน** |
| **1. เฝ้าระวังปกติ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 เครื่องมือแพทย์ปราศจากเชื่อ | - IV Set |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | - Suction |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ประเภทผลิตภัณฑ์** หมายถึง กลุ่มประเภทผลิตภัณฑ์ที่เก็บ | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รายการที่เก็บ** หมายถึง รายการย่อยที่เก็บ เช่น IV Set, Suction เป็นต้น | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| หากสำนัก/กองใด ไม่แยกกลุ่มผลิตภัณฑ์ ก็สามารถใส่รายการย่อยที่เก็บได้เลย | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 24 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน**

| **ประเด็น** | **รายละเอียด** | **ผลการดำเนินงาน** |
| --- | --- | --- |
| **1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ** | | |
| 1.1 มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ อย่างเป็นระบบ | 1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม กรณีที่มีพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่กำหนด หรือหากไม่มี ให้ใช้พื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาในพื้นที่นั้นๆ โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ \* ข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม คือ พื้นที่เสี่ยงตามแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 ใน 46 จังหวัด ที่เป็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลัก คือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเลคทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ ทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ 3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน) 2) หากไม่มีทั้งพื้นที่เสี่ยงใน 46 จังหวัดที่ระบุ และพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และควรมีดำเนินงานตามประเด็นตามนโยบายประเทศ เช่น ประเด็น ปัญหาตามนโยบายประเทศ ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฎิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น | 1) มีข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามประเด็นในแผนคุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2560-2569 คือ............................................ 2) ประเด็นพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ตามสภาพปัญหาหรือบริบทของพื้นที่ ที่ดำเนินการ คือ..............................................................................................  3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ.......................................... (ได้แก่ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกขอมูลสถานการณ์/ ระบบ NEHIS/ลักษณะอื่นๆ ) |
| 1.2 มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้าน สิ่งแวดล้อมและสุขภาพของจังหวัดและมีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญของจังหวัด อย่างเป็นระบบ | มีข้อมูลประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่จำเป็นของจังหวัด ซึ่งมาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาจากสถานการณ์ที่มี/ข้อมูลข่าวสาร/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น/เหตุร้องเรียนต่างๆ/การหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ มีข้อมูลประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น โดยเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ | 1) ประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่กำหนดในการจัดทำฐานข้อมูล คือ..................................................…… 2) ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐานที่สำคัญระดับจังหวัด ที่มีการจัดเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูล คือ……………………...……………………………………………………… 3) ลักษณะการจัดเก็บของฐานข้อมูล คือ....................................................(ได้แก่ ระบบ NEHIS/ ตามแบบฟอร์ม/แบบสำรวจของส่วนกลาง/ ไฟล์ Excel บันทึกข้อมูลสถานการณ์/ ลักษณะอื่นๆ ) |
| 1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้ง ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ | 1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น.............................................................................................. 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ………………………………………..……………………………………. (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น) |
| 1.4 การเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และ ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ | - อธิบายวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และระบุประเด็นที่ทำการเฝ้าระวังในพื้นที่ มีประเด็นอะไรบ้าง |
| 1.5 มีการใช้ประโยชน์ข้อมูล | มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลจากฐานข้อมูลสถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง/ เตือนภัย นำเข้าที่ประชุม อสธจ. การใช้ข้อมูลในการวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญหา เป็นต้น | - อธิบายวิธีการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ว่าใช้ประโยชน์จากข้อมูลใด อย่างไร |
| 1.3 มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ | มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้ง ในประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และ/หรือประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ | 1) มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ในประเด็น.............................................................................................. 2) วิธีที่ใช้สำหรับการมีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ………………………………………………..……………………………. (เช่น ใช้ ระบบ NEHIS ในการวิเคราะห์ แปรผล และจัดทำสถานการณ์ เป็นต้น) |
| **2. กลไกของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.)** | | |
| 2.1 มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานฝ่ายเลขานุการ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด | หน่วยงานมีกลุ่ม/ฝ่ายงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มงานอื่นที่ได้รับมอบหมายงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือกฎหมายสาธารณสุข หรือมีคำสั่งมอบหมายให้รับผิดชอบงานฝ่ายเลขานุการ อสธจ. | กลุ่มงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของจังหวัด คือ.............................................................................................. |
| 2.2 มีแผนการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด | มีแผนการจัดประชุมฯ หรือโครงการที่แสดงถึงจำนวนครั้งการจัดประชุม กิจกรรม และงบประมาณการประชุม อสธจ. ที่เป็นปัจจุบัน | มีการกำหนดแผนปฏิบัติงานการจัดประชุม อสธจ. คือ .............................................................................................. |
| 2.3 มีการจัดประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด | มีการดำเนินการตามแผนการจัดประชุม หรือโครงการ ตามข้อ 2.2 จำนวนไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี หรือตามความเหมาะสม | กำหนดแผนการจัดประชุม...................................ครั้งต่อไป และสามารถดำเนินการจัดประชุมได้...........................ครั้งต่อปี (อธิบายปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน) |
| 2.4 มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเด็นทั่วไป หรือ ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงของพื้นที่ หรือ ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ หรือประเด็นข้อกฎหมาย | มีข้อมูลนำเข้าที่ประชุมในวาระเพื่อพิจารณาในรูปแบบของเอกสาร หรือไฟล์ข้อมูล ให้ที่ประชุมประกอบการพิจารณาเพื่อมีมติต่อประเด็นดังกล่าว โดยข้อมูล ประกอบด้วยประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือประเด็นปัญหาพื้นที่เสี่ยง หรือประเด็นตามนโยบาย หรือประเด็นกฎหมาย  ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป การจัดการ สิ่งปฏิกูล การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค มาตรการด้านกฎหมาย สารเคมีและสารอันตราย เป็นต้น  ประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษ เช่น ประเด็นมลพิษสิ่งแวดล้อม 3 กลุ่มหลักคือ  1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากสารเคมีและสารอันตราย (เหมืองทอง เหมืองเก่า ขยะอิเลคทรอนิกส์) 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นหน้าพระลาน จ.สระบุรี หมอกควันภาคเหนือ และโรงไฟฟ้าชีวมวล) และ3) พื้นที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่นิคมอุตสาหกรรม เหมืองโปแตช และโรงไฟฟ้าถ่านหิน) ประเด็นปัญหาตามนโยบายประเทศ เช่น ประเด็นมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฎิกูล การลด ละ เลิก การใช้ภาชนะโฟมบรรจุอาหาร เป็นต้น  ประเด็นกฎหมาย เช่น 1) การออกข้อกำหนดท้องถิ่น/ใบอนุญาต/หนังสือรับรองการแจ้ง/การออกคำสั่งทางปกครอง/การเปรียบเทียบและดำเนินคดี 2) การจัดการเหตุรำคาญ 3) หรือปัญหาข้อกฎหมาย เช่น การตีความ/อำนาจการบังคับใช้/อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานตามกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ เป็นต้น | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 2.5 มีมติและติดตามจากที่ประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด | 1) มีมติจากที่ประชุมในการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัด 2) ฝ่ายเลขาฯ มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจากมติจากการประชุม | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 2.6 มีการรายงานการประชุม | มีการสรุปรายงานผลการประชุม และส่งข้อมูลให้แก่ศูนย์อนามัยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อสรุปในภาพรวมของศูนย์อนามัยต่อไปตามแบบฟอร์มของศกม. ให้แก่ศูนย์อนามัยฯ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| **3. การส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน** | | |
| 3.1 มีนโยบายหรือตัวชี้วัดการดำเนินงานระดับจังหวัดในการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน | 1) จังหวัดมีนโยบายหรือกำหนดตัวชี้วัดด้านสิ่งแวดล้อม และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน  2) มีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบายให้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 3.2 มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | 1) มีแผนการดำเนินงาน ควบคุม กำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) มีการแต่งตั้งคณะทำงาน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบแผนงาน 3) มีการติดตามประเมินผล และปรับปรุงแผนงาน เพื่อผลักดันการทำงานให้ได้ตามแผนงาน | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 3.3 มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ | 1) มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ  2) มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางาน 3) มีการทบทวนปรับปรุงระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 3.4 มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ | บุคลากรของหน่วยงานผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ | 1) จำนวนบุคลกรของหน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม......................คน 2) จำนวนบุคลากรของหน่วยงานที่ผ่านการอบรม เพื่อให้คำปรึกษาแก่อปท.และสามารถเป็นผู้ประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นฐานได้ จำนวน....................คน |
| 3.5 มีการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน | อปท. ที่สมัครฯ ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพฯในระดับพื้นฐาน | 1) จำนวนอปท.ที่สมัครเข้ารับการประเมินฯ.......................................แห่ง 2) จำนวนอปท. ที่ผ่านการประเมินฯ ระดับพื้นฐาน..............................แห่ง |
| 3.6 มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ | 1) มีแผนในการลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 2) ลงพื้นที่ตรวจประเมินพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ 3) มีการพัฒนายกระดับมาตรฐานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นต้นแบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพแล้วเสร็จ อย่างน้อย 1 แห่ง | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| **4. จังหวัดมีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ถูกต้องตามกฎหมาย** | | |
| 4.1 มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการการสาธารณสุข (ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535) ที่เป็นปัจจุบัน | มีการจัดทำฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้แบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูลตามที่กำหนด โดยมีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการอื่นๆ) และมีฐานข้อมูลของสถานบริการการสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแหล่งกำเนิดมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด ประกอบด้วย รพ.สต. รพ.รัฐ สังกัดหน่วยงานอื่นๆ รพ.เอกชน คลินิกเอกชน รพ.สัตว์ คลินิกสัตว์ รวมทั้งมีข้อมูลบริษิที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ | 1) ฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีข้อมูล คือ.............................................................................................. |
| 4.2 จัดให้มีกลไกบริหารจัดการและประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด อาทิ อสธจ. | มีกลไกการดำเนินงานเพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับจังหวัด เพื่อให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานแก้ไขปัญหามูลฝอยติดเชื้อของจังหวัด เช่น การใช้กลไก อสธจ. หรือกลไกอื่นๆ โดยต้องมีกลไกการประสานงานที่ชัดเจน เช่น มีการจัดประชุม การจัดทำคณะทำงาน เป็นต้น | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 4.3 มีแผนและรายงานผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | มีการจัดทำแผนการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอย ติดเชื้อของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ และรายงานผลการดำเนินงาน ไปยังศูนย์อนามัยเพื่อรวบรวข้อมูลระดับศูนย์ และส่งต่อให้ส่วนกลางต่อไป | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| **5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)** | | |
| 5.1 จังหวัดมีแผนปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็ง | มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 5.2 จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) อย่างน้อยตําบล ตําบลละ 1 ชุมชน | 1) สนับสนุนองค์ความรู้แก่อปท. ในการร่วมสร้างตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ 2) ส่งเสริมให้เกิดแกนนำชุมชน และ/หรือ อสม. ด้าน อวล. อย่างน้อย 1 คนต่อชุมชน 3) ส่งเสริมให้ชุมชนมีข้อมูลที่สามารถระบุความเสี่ยง/สิ่งคุกคามของชุมชนได้ 4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีแผน/โครงการ/ กิจกรรมดำเนินการ/หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อการจัดการ อวล. ของชุมชน 5) ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นนั้นๆ และ/หรือส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชมให้เอื้อต่อสุขภาพ อาทิ การจัดการปฏิกูลมูลฝอย/ น้ำ /หรือประเด็นเฉพาะพื้นที่ ทั้งพื้นที่ทั่วไป พื้นที่เสี่ยง และพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ ฯลฯ โดยกิจกรรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับค่ากลางระดับชุมชน | 1) อธิบายวิธีการดำเนินงาน 2) จำนวน รายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีการจัดการตัวเองด้าน  อนามัยสิ่งแวดล้อม |
| 5.3 จังหวัดมีตำบลที่มuมีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ | มีการดำเนินงานสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) และพัฒนาต่อยอดเป็นตำบลที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ | ระบุวิธีการดำเนินงาน และรายชื่อตำบล ชุมชน ที่มีนวัตกรรมชุมชนในการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ |
| **6. การส่งเสริมให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐาน ใน 36 จังหวัดพื้นที่เสี่ยง** | | |
| 6.1 สนับสนุนข้อมูลสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพให้กับหน่วยบริการสุขภาพ | มีการสนับสนุนข้อมูลสถานการณ์ผ่านช่องทางต่างๆ ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ทุกระดับในพื้นที่ที่มีปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ได้แก่ รพศ./รพท. /รพช. /รพ.สต./ สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา เช่น อสธจ. /ทสจ./ อสจ. /อปท./ สถานประกอบการ ฯลฯ โดยทำหนังสือแจ้งเวียนข้อมูลรายงานสถานการณ์ฯ เว็บไซต์/อินทราเน็ต (Intranet) ฯลฯ | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.2 สนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพมีการสำรวจทางสุขภาพ หรือ ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยง หรือ เฝ้าระวังสุขภาพตามความจำเป็น | มีการสนับสนุน/มีส่วนร่วม เพื่อการสำรวจข้อมูลหรือตรวจคัดกรองสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เช่น แผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงาน โดย การประชุมชี้แจง การให้องค์ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง การร่วมลงพื้นที่ เป็นต้น พร้อมทั้งมีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่มีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.3 บริหารจัดการให้มีการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | หลักฐานในการสนับสนุน/มีส่วนในการสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนการดำเนินงาน มีการสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ เอกสารความรู้ การจัดประชุมให้ความรู้ พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้พื้นที่มีการจัดทำนวัตกรรม หรือ กระบวนการ หรือ รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ ฯลฯ | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.4 ประสาน สนับสนุนให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. /รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่เสี่ยง | มีการสนับสนุน เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ การฝึกอบรม การจัดประชุมชี้แจง การพัฒนาสื่อ/คู่มือ สร้างระบบเครือข่าย เพื่อให้ รพศ./รพท. รพช. และรพ.สต. เกิดการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีระบบการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด พร้อมสรุปผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารทราบ | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |
| 6.5 ประสาน สนับสนุน ติดตาม ให้มีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมใน รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์ฯ ในระดับขั้นเริ่มต้นพัฒนา | รพศ./รพท. ที่ได้รับการสนับสนุนการจัดบริการเวช กรรมสิ่งแวดล้อมตาม ข้อ 6.4 มีผลการประเมิน ผ่านเกณฑ์ในระดับ ขั้นเริ่มต้นพัฒนา (ขั้นพื้นฐาน) ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด | - อธิบายวิธีการดำเนินงาน - |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 27 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)**

**แบบรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง**

สถานบริการ .................................. อำเภอ..........................จังหวัด .................................... ข้อมูลการประเมินเดือน..........................ถึงเดือน..............................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการ** | **จำนวนผู้ป่วย DM/HT ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการ** | **จำนวนผู้ป่วยDM/HTที่ได้รับการประเมิน**  **CVD Risk** | **คิดเป็นร้อยละ** | **ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงจำแนกกลุ่มตามความเสี่ยง** | | | | | |
| **จำนวนกลุ่มเสี่ยงปานกลาง**  **(<20%)** | **คิดเป็น**  **ร้อยละ** | **จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูง**  **(20-<30%)** | **คิดเป็น**  **ร้อยละ** | **จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมาก**  **(≥30%)** | **คิดเป็น**  **ร้อยละ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 28 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคหลอดเลือดสมอง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

1. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7)

**2. สถานการณ์.............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.............................................................................................................................**

(1) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เป้าหมาย: ≤ ร้อยละ 7) (เป้าหมายปี 2560 –

2564)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย**  **(รหัส ICD-10 =I60-I69)**  **(A)** | **จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(B)** | **ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  **(A/B) x100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..............................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

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

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร................................ e-mail……………………………...

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 31 อัตราตายทารกแรกเกิด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านทารกแรกเกิด**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย : ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000

ทารกเกิดมีชีพ)

**2. สถานการณ์.............................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

1. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

(เป้าหมาย: ลดอัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันให้น้อยกว่า 5 ต่อ 1,000

ทารกเกิดมีชีพ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ 28 วัน**  **(A)** | **จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ**  **(B)** | **อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน**  **(A/B) x1,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

หน่วยงาน......................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................... e-mail……………………..………..

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 32 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)

**2. สถานการณ์.....................................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

(เป้าหมาย: โรงพยาบาลทุกระดับ (A,S,M,F) มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตาม

ขั้นตอนการประเมินผล) )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F)ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล**  **(A)** | **จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ**  **(B)** | **ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง**  **(A/B)x100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ  วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ......................................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมแต่ละจังหวัด)……………………………………..........................……..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

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

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร.......................... e-mail………..........…………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 33 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต**

**แบบบันทึกการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าหน่วยบริการ…………………………………...รหัสสถานบริการ……………….**

**(กรณีที่หน่วยต้องการรายงานให้กับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต)**

**ประจำเดือน ……………………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันที่เข้ารับการบริการ** | **คำนำหน้า** | **ชื่อ** | **นามสกุล** | **เพศ** | **เลขที่**  **บัตรประชาชน** | **วันเดือนปีเกิด** | **อำเภอ** | **จังหวัด** | **รหัสโรคซึมเศร้า** | **คะแนน 9Q** | **คะแนน 8Q** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ**

* วันที่เข้ารับการบริการ คือ วันที่มารับบริการที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd

เช่น 2013-09-07 : ตัวเลข 2013 คือ ปี ค.ศ. - 09 คือ เดือน กันยายน - 07 คือ วันที่ 7

* คำนำหน้าชื่อ ให้ลงข้อมูลเป็น นาย, นาง, นางสาว, น.ส., พระ
* เพศ ให้ลงข้อมูลในรูปแบบรหัส เพศชายให้ลงเป็น 1 เพศหญิงให้ลงเป็น 2
* เลขที่บัตรประชาชน ให้ลงข้อมูลในรูปแบบเลข 13 หลักของบัตรประชาชน
* วันเดือนปีเกิด ให้ลงข้อมูลในรูปแบบ yyyy-mm-dd
* อำเภอ, จังหวัด คือ ที่อยู่ของผู้ป่วยที่มารักษาตามทะเบียนบ้านของผู้ป่วย ให้ลงข้อมูลตามรูปแบบของกรมการปกครอง

กระทรวงมหาดไทย

* รหัสโรคซึมเศร้า คือ รหัส ICD10 ตั้งแต่ F32, F33, F34.1, F38 และ F39 ให้ลงข้อมูลรูปแบบรหัส เช่น F32, F33,… เป็นต้น
* คะแนน 9Q, 8Q คือ คะแนนที่ประเมินได้จาก 9Q, 8Q ถ้ามีผลของการประเมินให้ลงข้อมูลรูปแบบตัวเลข เช่น 16, 10,… เป็นต้น

ผู้รายงาน.................................................................................. โทรศัพท์................................................................................... E-mail……………………......…………………………………………………

วันที่ ................เดือน..........................................พ.ศ................

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 36 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired**

**ปีงบประมาณ 2561**

**ชื่อโรงพยาบาล............................................................. H code ............................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ไตรมาสที่1 (ต.ค– ธ.ค)** | **ไตรมาสที่2 (ม.ค–มี.ค)** | **ไตรมาสที่3 (เม.ย.– มิ.ย.)** | **ไตรมาสที่4 (ก.ค.–ก.ย.)** | **รวม** |
| 1 | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด |  |  |  |  |  |
| 2 | จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด |  |  |  |  |  |
| 3 | อัตราตาย |  |  |  |  |  |
| 4 | อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) |  |  |  |  |  |
| 5 | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic |  |  |  |  |  |
| 6 | อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก(ในกรณีไม่มีข้อห้าม) |  |  |  |  |  |
| 7 | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 4-5)ภายใน 3 ชม. |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :**

1. นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity-acquired

2. ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative care (รหัส Z 51.5)

**นิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดย่อย**

1. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

2. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

3. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับIVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.

X 100

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

4. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)

**สูตรคำนวณ =**จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.

X 100

จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด

**หมายเหตุ :** วิธีการเก็บตัวชี้วัดย่อย ขึ้นอยู่กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างกันของวิธีการได้มาของตัวเลข แต่ให้ยึดความถูกต้องตรงตามคำนิยามที่กำหนด

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 38 ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)**

**ในผู้ป่วย STEMI ได้**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคหัวใจ**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

**(1)** ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย

STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ.........................................................................................................................................................**

(1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และF2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ใน

ผู้ป่วย STEMI ได้จริง (เป้าหมาย: 100%) โดยดำเนินการครบทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

1. โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบการให้

คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน

2. โรงพยาบาลมียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) และมีระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

โดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และ

โรงพยาบาลชุมชน

3. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI

4. มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณี

ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไปในเขตที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI ได้จริง**  **(A)** | **รพ. ตั้งแต่ระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป ทั้งหมดในเขตนั้นๆ**  **(B)** | **ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับF2 และ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้จริง(A/B) x100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ.......................................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)………………………..............................………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

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

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................... e-mail……………………....………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 39 อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคหัวใจ**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

**(1)** อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ..........................................................................................................................................................**

(1) อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 ในระยะ 5 ปี (ปี 2560 – 2564))

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ**  **(รหัส ICD-10 =I20-I25)**  **(A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน**  **(B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ**  **(A/B) x100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)………………..............................…………………………………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

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

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร.................................. e-mail…………………………….

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 40 ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

**(1**) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 85%

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 85%

(3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 85%

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**(1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 85%**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥ 85%** | | | **หมายเหตุ** |
| **ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด**  **ใน 4 สัปดาห์ (A)** | **ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)** | **ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด ใน 4 สัปดาห์ (A)** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

(2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 85%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 85%** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด**  **(A)** | **ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด**  **(B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบัดภายใน 6 สัปดาห์**  **(A/B)\*100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**(3)** ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥ 85%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา**  **6 สัปดาห์**  **≥ 85%** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด (A)** | **ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (B)** | **ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา**  **6 สัปดาห์ ≥ 85%**  **(A/B)x100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

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

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร................................... e-mail………………....……..…

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 41 อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)**

**(1**) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229) (A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ (A/B) x100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**...........................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

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

**5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................... e-mail…………………………..…..

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 42 อัตราตายจากมะเร็งปอด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคมะเร็ง**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล (ติดตามทุก 3 เดือน)**

**(1**) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย:ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

**(1) อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด (เป้าหมาย:ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564))**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-10 = C330-C349) (A)** | **จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกัน (B)** | **อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด(A/B) x100,000** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ**...........................................................................................................................................................................................................

**4. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

........................................................................................................................................................................................................... **5. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................. e-mail…………………...……………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 43 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านโรคไต**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) ร้อยละของผู้ป่วย**CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr

(เป้าหมาย: > 65% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ 2560)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

**3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ**

(1) ร้อยละของผู้ป่วย**CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr

(เป้าหมาย: > 50% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ 2559)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **จังหวัด** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 ml/min/1.73 m2/yr**  **x 100**  **(A)** | **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่**  **3-4 (B)** | **Ax100/B** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

**3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ..........................................................................................................................................................**

**(วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)…………………………..……………............................…………..…**

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

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

**5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

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

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

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

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร............................... e-mail…………………....…………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 44 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล**

**ด้านตา**

**1. ประเด็นการติดตามประเมินผล**

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ

80% ของเป้าหมาย)

**2. สถานการณ์........................................................................................................................................................................**

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

(1) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

(เป้าหมาย: ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ

80% ของเป้าหมาย)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **สถานบริการสุขภาพ** | **รายการข้อมูล** | | | **หมายเหตุ** |
| **จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด (A)** | **จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก(Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข (B)** | **ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน**  **(A/B) x100** |
| **จังหวัด 1** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 2** |  |  |  |  |
| **จังหวัด 3** |  |  |  |  |
| **จังหวัด ...** |  |  |  |  |
| **ภาพรวมเขต**  **(ข้อมูล ณ วันที่รายงาน)** |  |  |  |  |

ผู้รายงาน.......................................................................

ตำแหน่ง........................................................................

วัน/เดือน/ปี...................................................................

โทร................................ e-mail………………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 52 ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด**

**แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

**“ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด”**

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.................................................................... วันที่รายงาน.........................................................**

**ผู้รายงาน (นาย/นาง/นางสาว....................................................................ตำแหน่ง...............................................................**

**กลุ่มงาน.....................................................................................................เบอร์ติดต่อ...........................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายชื่อ รพศ.,รพท.,รพช. เป้าหมาย**  **ในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ** | **ผ่านเกณฑ์การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมฯ** | **หมายเหตุ** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **รวม** | **แห่ง** | **แห่ง** |  |
| **ร้อยละผ่านเกณฑ์ฯ** |  | **ร้อยละ....................** |  |

**แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม**

แบบ OHS.SA:รพศ./รพท.

**สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป**

**ข้อมูลทั่วไป**

1. ชื่อโรงพยาบาล................................................................ จังหวัด........................................................ จำนวนเตียง...................เตียง ระดับ ( ) รพศ. ( ) รพท.

2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ( ) HA ( ) HPH ( ) HNQA ( ) ISO……………….( ) มอก................... ( ) อื่นๆ (ระบุ).............................

3. จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล……………………คน จำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล ……………………คน

4. โรงพยาบาลมีการจัดตั้งกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

5. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมได้แบ่งงานออกเป็น 5 งาน ตามกรอบโครงสร้างกลุ่มงานฯของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

6. จำนวนบุคลากรด้านวิชาการทั้งหมดในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม (ไม่รวมธุรการ,พนักงานบันทึกข้อมูล)............................คน

(กรณีที่ยังรวมอยู่ในกลุ่มเวชกรรมสังคม ระบุจำนวนผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย....................คน)

6.1 จำนวนแพทย์ ............................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน) ..................คน

อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ...........คน วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ................คน

6.2 จำนวนพยาบาล..........................คน

จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.................................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน) ............................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง)......................................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ..............................................................คน

6.3 จำนวนนักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม............................คน

จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย...............คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อม .....................................คน

จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์ ............................คน คุณวุฒิอื่นๆ..............................................................คน

6.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ...............คน

**ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ**

**คำชี้แจง** 1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น

2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

| ข้อ | **องค์ประกอบของมาตรฐาน** | **คะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **คะแนน**  **ที่ได้** | **หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน** | **ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** | | | | |  |
|  | **1.1 การนำองค์กร** | | | | |  |
| **01** | ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | - ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-  อนามัย  - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว- อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร  - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ และการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร  - มีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
|  | **1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** | | | | |  |
| **02** | การจัดทำแผนงานด้านอาชีว-อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายตามบริบทของพื้นที่ | 0  1  2  3 | - ไม่มีการจัดทำแผนงาน  - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล  - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม  - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3-5 ปีด้านอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล หรือผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล |  |  |  |
| **03** | การติดตามประเมินผล โครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาล  **(Clinic)** | 0  1  2  3 | - ไม่มีการติดตาม  - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงาน  - มีการส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาคลินิกโรคจากการทำงานครบ 3 ครั้ง และมีการส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ตามระยะเวลาที่กำหนด  - มีการดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของโครงการครบทุกข้อ |  |  |  |
| **03** | การติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการทางด้าน อาชีวอนามัย  **(Non Clinic)** | 0  1  2  3 | - ไม่มีการติดตาม  - มีการกำหนด ตัวชี้วัดของโครงการที่จะติดตาม  - มีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น  รายไตรมาส  - มีการสรุปผลและทบทวนผลการประเมินเพื่อใช้ในการจัดทำแผนงาน/โครงการครั้งต่อไป |  |  |  |
|  | **1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล** | | | | |  |  |
| 04 | โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยตามกรอบงานของกระทรวงสาธารณสุข | 0  1  2  3 | - ไม่มีการแยกกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมออกมาตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข  - มีการจัดแบ่งโครงสร้างกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามกรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข  - มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง(แพทย์,พยาบาล,นักวิชาการ)  **- มีการจัดแบ่งโครงสร้าง อัตรากำลัง และมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงตามคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง และจำนวนครบตามกรอบโครงสร้างข้อเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข** |  |  |  |
| 05 | การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและ  เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | - ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร  - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย  - บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม  - มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ |  |  |  |
| 06 | การจัดการความรู้ด้านงาน อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | - ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร  - มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ  - มีการจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี  - มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ |  |  |  |
| 07 | การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและ  เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | - ไม่มีการศึกษาวิจัย  - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล  - มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้าน อาชีวอนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง  - มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา |  |  |  |
| 08 | การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมการทำงานระดับจังหวัด และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | - ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน  - เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมในพื้นที่  - มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย อาชีวอนามัยฯ และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง  - มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยหรือเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเป็นตัวชี้วัดหรือยุทธศาสตร์ของจังหวัด |  |  |  |
| 09 | การสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | - ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน  - มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ รพช. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม  - มีการสนับสนุน รพช. ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย 2 แห่ง  - มีการขยายผลการดำเนินงานไปยัง รพช. อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01-09 (X)** | | | = | **ผลลัพธ์=**{**(X) /27**} **x 100 =………………..%** | |
|  | **องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล** | | | | |  |
| 10 | การเดินสำรวจแผนกต่างๆ  ในโรงพยาบาลเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน | 0  1  2  3 | -ไม่มีการเดินสำรวจ  -มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล  -มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง  -มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร |  |  |  |
| 11 | การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน | 0  1  2  3 | -ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน  -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน  -มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน  -มีการตรวจสุขภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ |  |  |  |
| 12 | การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน  แก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ | 0  1  2  3 | -ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ  -มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน  -มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน  -นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน |  |  |  |
| 13 | การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | -ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล  -มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด  -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง  -มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว |  |  |  |
| 14 | การควบคุมคุณภาพการเก็บ  สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพและการรายงานผลการตรวจตามหลักวิชาการ | 0  1  2  3 | -ไม่มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ  -จัดทำ/จัดหาแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ เพื่อจัดเก็บ นำส่ง สิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ และรายงานผล  -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน  -มีการเก็บสิ่งส่งตรวจทางชีวภาพ ตามแนวทางปฏิบัติทางวิชาการ และนำส่งห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานทุกพารามิเตอร์ของสารเคมีที่ส่งตรวจ |  |  |  |
| 15 | การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร | 0  1  2  3 | -ไม่มีการจัดทำรายงาน  -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี  -มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี  -มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน |  |  |  |
| 16 | การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | -ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน  -มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน  -มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน  -นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน |  |  |  |
| 17 | โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | 0  1  2  3 | -ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม  -ร่วมหรือจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน  -ร่วมหรือจัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล  -มีการสื่อสารแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบ |  |  |  |
| 18 | ความครอบคลุมของ  การจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย | 0  1  2  3 | -ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล  -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ  -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบทั้ง 12 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ  -มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก |  |  |  |
| 19 | อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | -ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร  -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน  -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16 ถึง 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน  -อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 ถึง 15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 10–19 (X)** | | | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/30**} **x 100 =………………..%** | |
|  | **องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก** | | | | |  |
|  | **3.1 กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน** | | | | |  |
| 20 | การเดินสำรวจสถานประกอบ- การ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง | 0  1  2  3 | -ไม่มีการเดินสำรวจ  -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่-ทำงาน  -มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่-ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง  -ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถาน-ประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง |  |  |  |
| 21 | การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผน  และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ | 0  1  2  3 | -ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ  -ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ  -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ  -จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นทีการมีนวัตกรรมต่างๆ |  |  |  |
| 22 | การสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการดำเนินการ  คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | -ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน  -มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล  -มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง  -มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | **3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม** | | | | | |
| 23 | การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีว-อนามัย | 0  1  2  3 | - ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย  - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล  - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล  - มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คลอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ |  |  |  |
| 24 | การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพ  ของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ | 0  1  2  3 | -ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม  -มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่  -จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่  -วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี |  |  |  |
| 25 | การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | -ไม่มีการดำเนินการ  -มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล  -มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล  -มีการจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
| 26 | จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน | 0  1  2  3 | -ไม่มีการดำเนินการ  -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน**ลดลง**เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปี ที่ผ่านมา  -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน**เท่าเดิม**เมื่อเทียบกับกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา  -จำนวนผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน**เพิ่มขึ้น**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มผู้รับบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน |  |  |  |
| 27 | จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก | 0  1  2  3 | -ไม่มีการดำเนินการ  -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ  อาชีวอนามัย**ลดลง**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา  -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ  อาชีวอนามัย**เท่าเดิม**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา  -จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการ  อาชีวอนามัย**เพิ่มขึ้น**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน |  |  |  |
| 28 | การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร | 0  1  2  3 | -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น  -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร อย่างน้อย 2 แห่ง  -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 3-5 แห่ง  -มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร 6 แห่งขึ้นไป |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 20–28 (X)** | | | **=** | **ผลลัพธ์ =** {**(X)/27**} **x 100 =………………..%** | |
|  | **องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ** | | | | | |
| 29 | การพัฒนาการเข้าถึงบริการ  อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ | 0  1  2  3 | -ไม่มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ  -มีแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ  -มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ  -มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนเข้า ถึงบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม |  |  |  |
| 30 | เครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน | 0  1  2  3 | -ไม่มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน  -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน  ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง  -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน  ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง  -มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐาน  ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา |  |  |  |
| 31 | เครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานพร้อมใช้งาน | 0  1  2  3 | -ไม่มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน  -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน  ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานไม่ครบทุกเครื่อง  -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน  ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง  -มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐาน  ที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา |  |  |  |
| 32 | การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน | 0  1  2  3 | -ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน  -มีแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน  -มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ  - มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย |  |  |  |
| 33 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | -ไม่มีการคัดกรอง  -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม  -มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม  -มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด |  |  |  |
| 34 | การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | -ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากทำงาน  -มีแนวทางขั้นตอนและเอกสารบันทึก สำหรับการวินิจฉัยรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม  -มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมฯ ตามแนวทางการวินิจฉัย ตามที่กำหนดไว้  -มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ |  |  |  |
| 35 | การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน | 0  1  2  3 | -ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ  -มีแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน  -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  -มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 36 | การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน  จากโรคหรืออุบัติเหตุตามแนวทางของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน | 0  1  2  3 | -ไม่มีการดำเนินการ  -มีแนวปฏิบัติการให้บริการการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ  -มีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพการทำงาน  -ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการรับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายและเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย |  |  |  |
| 37 | การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management) | 0  1  2  3 | -ไม่มีการดำเนินการ  -มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน  -มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ  -มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม |  |  |  |
| 38 | การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง  ที่บ้าน/สถานประกอบการ | 0  1  2  3 | -ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่ลงแวดล้อม  -มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง  -มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง  -มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 39 | การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ  การนำมาปรับปรุง | 0  1  2  3 | -ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการเชิงรุกเชิงรับ  -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการงานจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ  -มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ  -มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการ อาชีวอนามัย |  |  |  |
| 40 | จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | -ไม่มีการดำเนินการ  -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม **ลดลง** เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา  -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม **เท่าเดิม** เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา  -จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม **เพิ่มขึ้น**เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 29–40 (X)** | | | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/36**} **x 100 =………………..%** | |
|  | **องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** | | | | |  |
| 41 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | -ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม  -มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่  -มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด  -มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |  |  |
| 42 | การติดตามผู้ป่วยโรค/ผู้สงสัย โรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อมหรือโรคที่เกี่ยวเนื่อง | 0  1  2  3 | -ไม่มีแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย  -มีการจัดทำแนวทาง/แผนการติดตามผู้ป่วย  -มีการติดตาม/เยี่ยมบ้านหรือมีการนัดหมายให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและประสานงานส่งกลับข้อมูลให้หน่วยบริการในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่องพร้อมการบันทึกข้อมูลการติดตาม/เยี่ยมบ้าน  -สรุปรายงานผลการติดตามติดตาม/เยี่ยมบ้านและนำเสนอแก่ผู้บริหารทราบ |  |  |  |
| 43 | การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม) | 0  1  2  3 | -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ  -มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ  -ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน  -มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป |  |  |  |
| 44 | การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม) | 0  1  2  3 | -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม  -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม  -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง  -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |  |  |
| 45 | การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา | 0  1  2  3 | -ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง  -มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง  -มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง  -มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย |  |  |  |
| 46 | การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่ | 0  1  2  3 | -ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม  -จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม  -ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง  -จัดทำรายงานการฝึกซ้อม กรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น |  |  |  |
| 47 | การมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำหรือร่วมดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ ร่วมจัดการประเด็นปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ | 0  1  2  3 | - ไม่มีส่วนร่วมหรือมีการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการประเมินผลกระทบฯ  - มีการสนับสนุนข้อมูลหรือให้ข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อประกอบการดำเนินการ EIA/EHIA/HIA หรือ มีผู้แทนของโรงพยาบาลเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม  - มีการร่วมประชุมให้ข้อคิดเห็น เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการ หรือร่วมดำเนินการจัดการประเด็นปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม  - มีการจัดทำทะเบียนหรือลงบันทึกการสนับสนุนข้อมูลเพื่อประกอบการจัดทำ EIA/EHIA/HIA หรือกิจกรรมที่เข้าร่วมเพื่อจัดการปัญหา/เฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม |  |  |  |
| 48 | การวิเคราะห์และสรุปข้อมูลการเจ็บป่วยและผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมทั้งเชิงรับและเชิงรุก | 0  1  2  3 | -ไม่มีการรวบรวมข้อมูล  -มีการรวบรวมข้อมูลสิ่งคุกคาม และ ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม  -มีการลงบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยในฐานข้อมูล เชิงรับหรือ ฐานข้อมูลเชิงรุก/การเฝ้าระวัง และข้อมูลมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ต่อเนื่องหรือตามที่กำหนดในแผนการรวบรวมข้อมูล อย่างน้อย 3 ปีติดต่อกัน  -มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม |  |  |  |
|  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 41–48 (X)** | | | = | **ผลลัพธ์=**{**(X)/24**} **x 100 =………………..%** | |

**สรุปผลการประเมินตนเอง**

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

( ) เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2) ( ) ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 ( ร้อยละ50 ขึ้นไป))

( ) ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป) ( ) ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5)

**ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน**

1……………………………………………………………………………………………………

2……………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………

**ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน**

1……………………………………………………………………………………………………

2……………………………………………………………………………………………………

3. ……………………………………………………………………………………………………

**ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา**

1……………………………………………………………………………………………………

2……………………………………………………………………………………………………

3. ………………………………………………………………………………………………...

**แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชน**

แบบ OHS.SA:รพช.

**ข้อมูลทั่วไป**

1.ชื่อโรงพยาบาล................................................................ จังหวัด........................................................ จำนวนเตียง...................เตียง

2.โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ( ) HA ( ) HPH ( ) HNQA ( ) ISO……………….( ) มอก................... ( ) อื่นๆ(ระบุ).............................

3.จำนวนประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล……………………คน

4.ปัจจุบันงานอาชีวอนามัยอยู่ในกลุ่มงานใด

( ) กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ ( ) กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

( ) กลุ่มงานอื่นๆ (โปรดระบุ)..........................................................................................

5.คุณวุฒิของผู้ที่รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาล

5.1 แพทย์ ............................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ (หลักสูตร 2 เดือน) ..................คน

อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ...........คน วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) ................คน

5.2 พยาบาล..........................คน

จบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาพยาบาลอาชีวอนามัย.................................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย (หลักสูตร 4 เดือน) ............................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรความรู้พื้นฐานด้านอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาล (หลักสูตร60 ชั่วโมง)......................................คน

ผ่านการอบรมหลักสูตรอื่นๆ..............................................................คน

5.3 นักวิชาการสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม............................คน

จบการศึกษาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ...............คน จบการศึกษาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม/สิ่งแวดล้อม ......... ............................คน

จบการศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์ ............................คน คุณวุฒิอื่นๆ..............................................................คน

5.4 นักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านอาชีวอนามัยจากหน่วยงาน หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ...............คน

**ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ**

**คำชี้แจง** 1. การให้คะแนน 3 ต้องผ่านคะแนน 1 และ 2 มาก่อน ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดเป็นอย่างอื่น

2. รอบระยะเวลาการพิจารณาผลการดำเนินงานที่ผ่านมา 1 ปี ยกเว้นเกณฑ์การให้คะแนนที่กำหนดระยะเวลาเป็นอย่างอื่น

| ข้อ | **องค์ประกอบของมาตรฐาน** | **คะแนน** | | **เกณฑ์การให้คะแนน** | **คะแนนที่ได้** | **หลักฐานหรือเอกสารยืนยัน** | **ข้อสังเกต หรือเงื่อนไขในการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** | | | | | | |
|  | **1.1 การนำองค์กร** | | | | | | |
| 01 | ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลสนับสนุนการดำเนินงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | - ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการ  อาชีวอนามัย  - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร  - มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดบริการอาชีว-อนามัย สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร  - มีการกำหนดนโยบายการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการสื่อสารนโยบายดังกล่าวให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
|  | **1.2 การจัดทำและประเมินผลแผนงานโครงการทางด้านอาชีวอนามัย** | | | | | | |
| 02 | การจัดทำแผนงานด้าน  อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลตามบริบทของพื้นที่ | 0  1  2  3 | | - ไม่มีการจัดทำแผนงาน  - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล  - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลผู้ประกอบอาชีพอื่นๆ หรือการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เพื่อดูแลประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม  - มีการจัดทำแผนงานระยะ 3 - 5 ปีด้านอาชีว-อนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้ประ-กอบอาชีพอื่นๆ และด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ร่วมกันระหว่างหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล |  |  |  |
|  | **1.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล** | | | | | |  |
| 03 | โครงสร้างอัตรากำลังรองรับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่มีผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย * มีผู้รับผิดชอบหลักงานด้านอาชีวอนามัย หรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม * ผู้รับผิดชอบหลักมีวุฒิการศึกษาทางด้านอาชีว-อนามัย หรืออนามัยสิ่งแวดล้อม หรือ สาธารณสุขศาสตร์ หรือผ่านการอบรมทางด้าน อาชีวอนามัยหรือ เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม * มีผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้างกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ของกระทรวงสาธารณสุข หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มงานอาชีวเวช-กรรม |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
| 04 | การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร * บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านอาชีวอนามัย * บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ได้รับการพัฒนาศักยภาพทางด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม * มีการจัดทำทะเบียนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ |  |  |  |
| 05 | การจัดการความรู้ด้าน  อาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการรวบรวมองค์ความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร * มีการกำหนดหัวข้อและวิธีการจัดการองค์ความรู้ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยหรือเวช-กรรมสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ * มีการจดบันทึกองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้และมีข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานที่ดี * มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ |  |  |  |
| 06 | การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีวอนามัยและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการศึกษาวิจัย * มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว-อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล * มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนางานทางด้านอาชีว-อนามัยหรืองานด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมโดยตนเอง * มีการเผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยโดยนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับจังหวัดขึ้นไป หรือ ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ในระยะเวลา   3 ปีที่ผ่านมา |  |  |  |
| 07 | การทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวด-ล้อมการทำงานและการดำเนินงานเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด หรืออำเภอ | 0  1  2  3 | | * ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน * เข้าร่วมเป็นคณะทำงานร่วมกับเครือข่ายอาชีว-อนามัยฯ ในพื้นที่ * มีการจัดประชุม หรือเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายอาชีวอนามัยฯ อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง * มีการกำหนดงานอาชีวอนามัยเป็นงานสำคัญหรือยุทธศาสตร์ของอำเภอ |  |  |  |
| 08 | การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการจัดบริการอาชีว-  อนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน * มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้รพ.สต. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม * มีการสนับสนุนรพสต.ให้มีการจัดบริการอาชีว-อนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย1แห่ง * มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังรพสต. อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |
|  |  | |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 01- 08 (X)=** | **ผลลัพธ์=**{**(X) /2**4}**x100 =………………..%** | |  |
|  | **องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล** | | | | | | |
| 09 | คณะกรรมการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | | * ไม่มีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน * มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน * คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีการประชุมโดยมีวาระและสรุปรายงานการประชุมด้านอาชีว-อนามัยฯ * คณะกรรมการด้านอาชีวอนามัยฯ มีข้อเสนอแนะ/มติ /การติดตามผลการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัย |  |  |  |
| 10 | การเดินสำรวจแผนกต่างๆ  ในโรงพยาบาลเพื่อ เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน | 0  1  2  3 | | - ไม่มีการเดินสำรวจ  - มีการเดินสำรวจและประเมินความเสี่ยงทุกแผนกในโรงพยาบาล  - มีรายงานสรุปผลการเดินสำรวจและการประเมินความเสี่ยง และจัดทำแผนบริหารจัดการความเสี่ยง  - มีการประเมิน ติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานตามแผนบริหารจัดการความเสี่ยง และนำเสนอผู้บริหาร |  |  |  |
| 11 | การตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานแก่หน่วยงานในโรงพยาบาลด้วยเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์ | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการตรวจ ประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน หรือไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจ * มีการวางแผนกำหนดจุดตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน * มีการดำเนินการเพื่อตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน * นำข้อมูลผลการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานไปใช้ในการเฝ้าระวังสุขภาพ/โรคจากการทำงาน |  |  |  |
| 12 | การให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการให้ภูมิคุ้มกันตามปัจจัยเสี่ยงของงานแก่บุคลากรในโรงพยาบาล * มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงตามชนิดของวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และให้วัคซีนพื้นฐาน ที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิด * มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยง * มีการให้วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นครบ 4 ชนิดและครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงทุกคนรวมทั้งมีการติดตามผล หรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการได้รับวัคซีนของบุคลากรดังกล่าว |  |  |  |
| 13 | การจัดทำรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากร | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดทำรายงาน * มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรไม่ต่อเนื่อง 3 ปี * มีผลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง 3 ปี * มีรายงานผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ปี รวมทั้งมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน |  |  |  |
| 14 | การให้บริการฝึกอบรมด้าน  อาชีวอนามัยความปลอดภัย และภาพแวดล้อมในการทำงาน | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน * จัดทำแผนการฝึกอบรมบุคลากร * ให้บริการฝึกอบรมด้านอาชีวอนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานแก่กลุ่มเป้าหมาย * จัดให้มีการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมภายหลังการฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัย |  |  |  |
| 15 | การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน * มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน * มีการทบทวน คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยฯ * นำผลการทบทวนมาปรับปรุงเนื้อหาของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานให้เป็นปัจจุบัน |  |  |  |
| 16 | โรงพยาบาลจัดเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม * เตรียมการด้านอุปกรณ์/เครื่องมือ เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายชื่อแหล่งข้อมูล * ร่วม/จัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิงและอพยพหนีไฟ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงาน * ร่วม/จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสีภายในโรงพยาบาล |  |  |  |
| 17 | ความครอบคลุมของการจัดการความเสี่ยงเมื่อสภาพแวดล้อมการทำงานของโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล * มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกเสี่ยง แต่ยังไม่ครบ 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ * มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานครบอย่างน้อย 8 แผนกเสี่ยงที่สำคัญ * มีการจัดการความเสี่ยงจากการทำงานในแผนกต่างๆ ระดับปานกลางขึ้นไปครอบคลุมทุกแผนก |  |  |  |
| 18 | อัตราความถี่ของการบาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการเก็บข้อมูลอัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร * อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากรมากกว่า 30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน * อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 16-30 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน * อัตราความถี่ของการบาดเจ็บในกลุ่มบุคลากร 0 –15 ครั้งต่อล้านชั่วโมงการทำงาน |  |  |  |
|  |  |  | | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 09-18 (X)=** | **ผลลัพธ์=**{**(X) /30**} **x 100=…………..%** | |  |
|  | **องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก** | | | | | | |
|  | **3.1 กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน** | | | | | | |
| 19 | การเดินสำรวจสถาน-ประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน เพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยง | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการเดินสำรวจ * มีการเดินสำรวจสถานประกอบการ หรือสถานที่ทำงาน * มีการเดินสำรวจสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงาน และมีการประเมินความเสี่ยง * ให้คำแนะนำ/ร่วมดำเนินการกับสถานประกอบการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมจัดทำรายงานสรุปผลการบริหารจัดการความเสี่ยง |  |  |  |
| 20 | การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพโดยการวางแผน  และออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ * ศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อนำมาวางแผนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ * จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามแผนและ โปรแกรมที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ * จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การมีนวัตกรรมต่าง ๆ |  |  |  |
| 21 | การให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีว-อนามัยความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน * มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯที่มีความสอดคล้องตามสภาพปัญหาในพื้นที่ * มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯโดยมีความโดดเด่น เช่น การมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การใช้ช่องทางหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการให้บริการ * มีการให้บริการทางวิชาการด้านอาชีวอนามัยฯโดยมีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |
| 22 | การสนับสนุนให้สถาน-ประกอบการดำเนินการ  คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการอาชีว-อนามัยของโรงพยาบาล | 0  1  2  3 | | * ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน * มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยโรคจากการทำงานมายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล * มีการสนับสนุนให้สถานประกอบการ มีการ คัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยเกิดโรคจากการทำงาน มายังหน่วยให้บริการของโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 แห่ง * มีการขยายผลการดำเนินงานไปยังสถาน-ประกอบการอื่นๆ อย่างน้อย 1 แห่ง และมีการประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | **3.2 การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค/ภัยจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม** | | | | | | |
| 23 | การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายสำหรับการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัย | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย * มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว-อนามัยสำหรับเฉพาะบุคลากรในโรงพยาบาล * มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว-อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพกลุ่มอื่นๆที่นอกเหนือจากบุคลากรในโรงพยาบาล * มีการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีว-อนามัยสำหรับผู้ประกอบอาชีพ คลอบคลุมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาล แรงงานในระบบ และแรงงานนอกระบบ |  |  |  |
| 24 | การเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามสุขภาพของลูกจ้างในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการเฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคาม * มีสถานการณ์โรคจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ * จัดทำโครงการและดำเนินกิจกรรมการ เฝ้าระวังสุขภาพและการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ * วิเคราะห์ จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสุขภาพ และการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ปี |  |  |  |
| 25 | การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่ได้ดำเนินการสอบสวนโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน * มีแนวทางการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมกรณีเกิดเหตุภายในและภายนอกโรงพยาบาล * มีการสอบสวนโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กรณีเกิดเหตุภายในหรือนอกโรงพยาบาล หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม   -มีการจัดทำหรือร่วมจัดทำรายงานการสอบสวนโรคและเผยแพร่ข้อมูลไปยัง สสจ.และหน่วยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |
| 26 | จำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานที่ได้รับการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก | 0  1  2  3 | | * จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยลดลงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา * จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยเท่าเดิมเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา * จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา * จำนวนสถานประกอบการที่ได้รับบริการอาชีว-อนามัยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนสถานประกอบการ/สถานที่ทำงาน |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| 27 | การจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร | 0  1  2  3 | | * มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานแต่ไม่ครอบคลุมประเด็น * มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 1 แห่ง * มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกันในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 2-3 แห่ง * มีการจัดบริการอาชีวอนามัยด้านส่งเสริม ป้องกัน ในสถานประกอบการหรือสถานที่ทำงานครบวงจร จำนวน 4 แห่งขึ้นไป |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 19-27 (X)** | | | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/27**} **x 100=……………….%** | |
|  | **องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ** | | | | | | |
| 28 | การพัฒนาการเข้าถึงบริการ  อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม อย่างต่อเนื่องและจัดทำแนวปฏิบัติในการเข้ารับบริการ | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ * มีการจัดทำแนวปฏิบัติการเข้ารับบริการ/ขั้นตอนการเข้ารับบริการ * มีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางต่างๆ * มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนเข้าถึงบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรม-สิ่งแวดล้อม |  |  |  |
| 29 | การควบคุมคุณภาพการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการควบคุมคุณภาพด้านบุคลากร วิธีการตรวจตามมาตรฐาน * มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน * มีการตรวจสุขภาพฯโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมหรือผ่านการทดสอบความรู้จากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ หรือ สถาบันทางวิชาการ * มีเครื่องมืออาชีวเวชศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา |  |  |  |
| 30 | การควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นไปตามมาตรฐาน | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงาน * มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานจากหน่วยงานสังกัดกองวิศวกรรมการแพทย์ หรือผู้ผ่านการอบรม/อบรมฟื้นฟูจากกระทรวงสาธารณสุขหรือสถาบันทางวิชาการ * มีการตรวจประเมินสภาพแวดล้อมการทำงานตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย * มีเครื่องมืออาชีวสุขศาสตร์พื้นฐานที่ได้มาตรฐานพร้อมใช้งานครบทุกเครื่อง และได้รับการสอบเทียบตามระยะเวลา |  |  |  |
| 31 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการคัดกรอง * มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม * มีการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อม * มีการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยจะเกิดโรคจากการทำงานและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด |  |  |  |
| 32 | การตรวจวินิจฉัย รักษาโรคจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากทำงาน * มีการวินิจฉัยและรักษาโรคจากการทำงาน ตามแนวทางที่กำหนด * มีการบันทึกข้อมูลโรคจากการทำงานตาม ICD-10 และรายงานการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ * มีการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคจากสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด |  |  |  |
| 33 | การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ * มีการจัดทำแนวปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน * มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง   - มีการจัดบริการ/ประสานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 34 | การบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work management) | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการบริหารจัดการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน * มีแนวทางการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยก่อนกลับเข้าทำงาน * มีการดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงาน และให้ข้อเสนอแนะแก่นายจ้าง/ผู้แทน/หัวหน้างานและผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งผลการประเมินให้สถานประกอบการทราบ * มีการติดตามเพื่อประเมินสภาวะสุขภาพกายและจิตของลูกจ้าง และสรุปผลการเยี่ยมติดตาม |  |  |  |
| 35 | การดูแล รักษา และติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน และโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ที่บ้าน/สถานประกอบการ | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการติดตามผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน หรือโรคจากสิ่งแวดล้อม * มีการนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่อง * มีการประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง * มีการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน/สถานประกอบการ หรือประสานกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
| 36 | การประเมินความพึงพอใจ การรับข้อมูลป้อนกลับ  การนำมาปรับปรุง | 0  1  2  3 | | -ไม่มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ  -มีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ   * มีการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งงานจัดบริการทั้งเชิงรุก เชิงรับ * มีการนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงการให้บริการอาชีวอนามัย |  |  |  |
| 37 | จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการซักประวัติเพื่อคัดกรองโรคจากการทำงาน | 0  1  2  3 | | * จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา * จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน เท่าเดิม เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา * จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ปีที่ผ่านมา * จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงานเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย 3 ที่ผ่านมา และมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองโรคจากการทำงาน |  |  |  |
|  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 28 - 37 (X)** | | | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/30**} **x 100 =…………..%** | |
|  | **องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** | | | |  |  |  |
| 38 | การคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม | 0  1  2  3 | | * ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม * มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาในพื้นที่ * มีการคัดกรองผู้ป่วย หรือผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมตามแนวทางที่กำหนด * มีการจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง และคืนหรือแจ้งข้อมูลผลการตรวจคัดกรองแก่ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |  |  |
| 39 | การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสิ่งคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม) | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ * มีการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ * ร่วมหรือดำเนินการจัดทำสถานการณ์และจัดลำดับปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน * มีการนำเสนอ หรือรายงานต่อผู้บริหาร เพื่อจัดทำแผนงานหรือโครงการแก้ไขปัญหาต่อไป |  |  |  |
| 40 | การเฝ้าระวังทางสุขภาพ ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (ข้อมูลด้านสุขภาพที่มีผลกระทบจากสิ่งคุกคามด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม) | 0  1  2  3 | | -ไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม  -มีการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม  -มีการวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง  -สรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางสุขภาพพร้อมทั้งรายงานให้ผู้บริหาร/คณะกรรมการในพื้นที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |  |  |
| 41 | การสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชน บุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการสื่อสารความเสี่ยง * มีแนวทาง รูปแบบ ช่องทาง การสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชน ผู้ที่เกี่ยวข้อง * มีการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนผู้ที่เกี่ยวข้อง * มีการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงหรือความพึงพอใจหรือประเมินการรับรู้อย่างน้อย 1 กิจกรรมต่อปี หรือปรับปรุงกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย |  |  |  |
| 42 | การจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมตามความเสี่ยงในพื้นที่ | 0  1  2  3 | | * ไม่มีการจัดเตรียมความพร้อม * จัดทำหรือร่วมจัดทำแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม * ฝึกซ้อมหรือร่วมฝึกซ้อมตามแผนเพื่อเตรียมพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง * จัดทำรายงานการฝึกซ้อมกรณีร่วมฝึกซ้อมกับหน่วยงานภายนอกให้มีสำเนาข้อมูลสรุปผลการฝึกซ้อมนั้น |  |  |  |
|  |  | **รวมคะแนนตั้งแต่ข้อ 38-42 (X)** | | | **=** | **ผลลัพธ์=**{**(X)/15**} **x 100 =…………..%** | |

**สรุปผลการประเมินตนเอง**

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับ

( ) เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-2) ( ) ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 (ร้อยละ 50 ขึ้นไป))

( ) ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-3 และ5 (ร้อยละ 60 ขึ้นไป)) ( ) ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่1- 4และ5 (ร้อยละ70 ขึ้นไป))

**ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงาน**

1……………………………………………………………………………………………………

2……………………………………………………………………………………………………

3.……………………………………………………………………………………………………

**ข้อจำกัด/ปัญหาที่พบในการดำเนินงาน**

1……………………………………………………………………………………………………

2……………………………………………………………………………………………………

3.……………………………………………………………………………………………………

**ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา**

1……………………………………………………………………………………………………

2……………………………………………………………………………………………………

3.……………………………………………………………………………………………………

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 53 จำนวนเมืองสมุนไพร อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด**

**แบบฟอร์มการติดตามประเมินผลและแบบรายงานตัวชี้วัด)**

**(สำหรับจังหวัดนำร่อง)**

1. **โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน**

|  |  |
| --- | --- |
| **เมืองสมุนไพรจังหวัดนำร่อง** | |
|  | 1. เชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) |
|  | 2. ปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) |
|  | 3. สกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) |
|  | 4. สุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11) |

1. **โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้**

| **ประเด็นการประเมิน** | **รายละเอียด**  **ของผลการดำเนินงาน** | **ผลการประเมิน** | | **หมายเหตุ** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** |  |
| **มาตรการทื่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน** | | | | |
| 1.1 มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพร อย่างน้อย 1 กลุ่ม |  |  |  |  |
| 1.2 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด |  |  |  |  |
| 1.3 มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของจังหวัดเมืองสมุนไพร |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร** | | | | |
| 2.1 มีพื้นที่เพาะปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐานจากแปลงปลูกมาตรฐาน GAP/GACP/Organic จำนวนรวม 1,000 ไร่/ปี |  |  |  |  |
| 2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพร GMP อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)** | | | | |
| 3.1 เพิ่มจำนวน Shop / Outlet อย่างน้อยปีละ 1 แห่ง |  |  |  |  |
| 3.2 มีมูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพิ่มขึ้น  1) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร Product Champion (ไพล กระชายดำ ขมิ้นชัน บัวบก) อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์  2) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเด่นในจังหวัด อย่างน้อย 2 ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำแผนธุรกิจ (Business plan) |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)** | | | | |
| 4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 (จังหวัดนำร่อง) |  |  |  |  |
| 4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| 4.3 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน** | |  |  |  |

**ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

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

**(สำหรับจังหวัดส่วนขยาย)**

1. **โปรดทำเครื่องหมาย** 🗸 **เพื่อเลือกประเภทและจังหวัดที่ทำการประเมิน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **.......... เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย** | | | |
|  | 1. พิษณุโลก (เขตสุขภาพที่ 2) |  | 6. มหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) |
|  | 2. อุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3) |  | 7. สุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) |
|  | 3. สระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4) |  | 8. อำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) |
|  | 4. นครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5) |  | 9. สงขลา (เขตสุขภาพที่ 12) |
|  | 5. จันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) |

1. **โปรดประเมินผลการดำเนินงานตามรายละเอียดดังต่อไปนี้**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นการประเมิน** | **รายละเอียด**  **ของผลการดำเนินงาน** | **ผลการประเมิน** | | **หมายเหตุ** |
| **ผ่าน** | **ไม่ผ่าน** |  |
| **มาตรการทื่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน** | | | | |
| 1.1 มีฐานข้อมูล ผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน ของจังหวัด |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร** | | | | |
| 2.1 มีการจัด Zoning พื้นที่การปลูกสมุนไพร |  |  |  |  |
| 2.2 มีโรงงานแปรรูปและผลิตยาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเตรียมการเข้าสู่มาตรฐาน GMP อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด (Non-Therapeutics)** | | | | |
| 3.1 จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย 1 แห่ง |  |  |  |  |
| 3.2 บุคลากรผู้เกี่ยวข้องด้านการจัดการสมุนไพรได้รับการอบรมด้านแผนธุรกิจ (Business plan) |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ (Therapeutics)** | | | | |
| 4.1 1. มูลค่าการตลาดของผลิตภัณฑ์สมุนไพรรวมเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 (จังหวัดส่วนขยาย) |  |  |  |  |
| 4.2 มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| 4.3 . ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 20 |  |  |  |  |
| **สรุปผลการประเมิน** | |  |  |  |

**ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

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

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 54 ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด**

**แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

**เขตสุขภาพที่.....................วันที่.................................ชื่อผู้รายงาน..............................................................**

| **องค์ประกอบ** | **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ** | **รายละเอียดข้อมูล**  **ผลการดำเนินงาน** | **คะแนนที่ได้** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ | 5 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence และครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ(ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 4 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 5 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 3 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 4 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 2 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
|  | 1 | แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence ครอบคลุมทั้ง 2 กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ |  |  |
| 2.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ100 |  |  |
|  | 4 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ80 |  |  |
|  | 3 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ60 |  |  |
|  | 2 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ40 |  |  |
|  | 1 | มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ20 |  |  |
| 3.การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ100 |  |  |
|  | 4 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ90 |  |  |
|  | 3 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ80 |  |  |
|  | 2 | การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ  70 |  |  |
|  | 1 | การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่า  ร้อยละ 60 |  |  |
| 4.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน | 5 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 100 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 4 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 3 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 60 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 2 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 40 ของเป้าหมาย |  |  |
|  | 1 | บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ 20 ของเป้าหมาย |  |  |
| 5.การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ | 5 | ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขต หรือมีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 10 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |  |  |
|  | 4 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับ ร้อยละ 15 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |  |  |
|  | 3 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 20 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต) |  |  |
|  | 2 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 25 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลง ในระดับเขต) |  |  |
|  | 1 | มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ น้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ 30 ของภาพรวมกระทรวง  (จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร /อัตราการย้าย ลาออกลดลงในระดับเขต) |  |  |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 55 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด**

**แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด**

**ระดับบริการ................ชื่อ-สกุล.......................ตำแหน่ง.......................................ผู้รวบรวมข้อมูล**

**1. ระดับปฐมภูมิ 2. ระดับทุติยภูมิ 3. ระดับตติยภูมิ 4. ระดับExcellence 5. เขตเศรษฐกิจพิเศษ**

| **กลุ่มบุคลากร** | **ชื่อวิชาชีพ** | **จำนวนที่ต้องการพัฒนา(แผน)** | **จำนวนที่ได้รับการพัฒนา(ผล)** | **ร้อยละที่ได้รับการพัฒนา** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.กลุ่มวิชาชีพ | 1.แพทย์ |  |  |  |
|  | 2.ทันตแพทย์ |  |  |  |
|  | 3.เภสัชกร |  |  |  |
|  | 4.พยาบาล |  |  |  |
|  | 5.นักเทคนิคการแพทย์ |  |  |  |
|  | 6.นักกายภาพบำบัด |  |  |  |
|  | 7.นักวิชาการสาธารณสุข |  |  |  |
| 2.กลุ่มสหวิชาชีพ | 8.นักรังสีการแพทย์ |  |  |  |
|  | 9.นักกิจกรรมบำบัด |  |  |  |
|  | 10.นักจิตวิทยาคลินิค/นักจิตวิทยา |  |  |  |
|  | 11.นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย |  |  |  |
|  | 12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก |  |  |  |
|  | 13.นักฟิสิกส์รังสี |  |  |  |
|  | 14.แพทย์แผนไทย |  |  |  |
|  | 15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข |  |  |  |
|  | 16.นักโภชนาการ |  |  |  |
|  | 17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ |  |  |  |
|  | 18.นักสังคมสงเคราะห์ |  |  |  |
|  | 19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ |  |  |  |
|  | 20.นักกายอุปกรณ์ |  |  |  |
|  | 21.นักวิชาการอาหารและยา |  |  |  |
| 3.บุคลากรสนับสนุน | 22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข |  |  |  |
|  | 23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม |  |  |  |
|  | 24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข |  |  |  |
|  | 25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ |  |  |  |
|  | 26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ |  |  |  |
|  | 27.เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน |  |  |  |
|  | 28.เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ |  |  |  |
| 4.บุคลากรสนับสนุน | 1.นิติกร |  |  |  |
|  | 2.นักทรัพยากรบุคคล |  |  |  |
|  | 3.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี |  |  |  |
|  | 4.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ |  |  |  |
|  | 5.นักจัดการงานทั่วไป |  |  |  |
|  | 6.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ |  |  |  |
|  | 7.นักสถิติ |  |  |  |
|  | 8.นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา |  |  |  |
|  | 9.เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ |  |  |  |
|  | 10.เจ้าพนักงานธุรการ |  |  |  |
| 5.ผู้บริหาร | ระดับสูง |  |  |  |
|  | ระดับกลาง |  |  |  |
|  | ระดับต้น |  |  |  |
|  | **รวมทั้งสิ้น** |  |  |  |

**หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับ 5 เท่ากับร้อยละ 80-100

ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60-80

ระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 40-60

ระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20-40

ระดับ 1 เท่ากับร้อยละ ต่ำกว่าร้อยละ 20

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 65 ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว**

**แบบประเมิน รพ.สต.ติดดาว ปี 2560**

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **แนวทางการพิจารณา** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หมวด 1**  **การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์** | **1.1 การนำองค์กรและธรรมาภิบาล** | **(14)** |  | สัมภาษณ์ / บันทึกและรายงานการประชุม | ระบบการนำ หมายถึง โครงสร้างและกลไกการตัดสินใจของผู้นำในองค์กร การสื่อสาร การนำผลการตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ การเลือกสรร พัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร การตอกย้ำค่านิยม ทิศทาง ความคาดหวัง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำ |
| **1.1.1 ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร** | **(10)** |  |
| **1.1.1.1 ผอ.รพ./สสอ./ผอ.รพ.สต. ร่วมกันดำเนินงาน** | (2) |  |
| - ไม่มีการประชุม ชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน | 0 |  |
| - ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง | 1 |  |
| - ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงานร่วมกัน ทุก 3 เดือน | 2 |  |
| **1.1.1.2 การกำหนดและถ่ายทอดทิศทาง** | (2) |  | - พิจารณาจากข้อมูล CPPC (Contracting Provider Profile) ร่วมกับการสัมภาษณ์ทีมนำผู้รับผิดชอบโดยอธิบายแสดงพันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม แผนยุทธศาสตร์ แผนงานและโครงการ ในการจัดบริการสาธารณสุข โดยพิจารณาความสอดคล้องกับสภาวะ ของผู้รับบริการและตามบริบทของพื้นที่/ มีแผนงานที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน  - พิจารณาเอกสาร ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบมีแผนงาน ที่สอดคล้องกับแผนงานของ CUP และสอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ | วิสัยทัศน์  หมายถึง การมองไปในอนาคต(Future Perspective) เป็นสิ่งที่จะบอกถึงสิ่งที่องค์กรอยากจะเป็นในอนาคตและการกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมต้องคำนึงถึงความต้องการหรือผลประโยชน์จากประชาชน ชุมชน สังคม และ ผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่รับผิดชอบ จุดอ่อน จุดแข็ง ขององค์กร ซึ่งวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ อาจกล่าวถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนหรือรูปแบบการบริการที่ปรารถนาในอนาคต 3-5 ปี เป็นต้น  การสื่อสารทิศทางขององค์กร หมายถึง การสื่อสารทิศทางขององค์กรในอนาคตที่ต้องการให้บุคลากรในองค์กรได้รับทราบและเข้าใจเมื่อได้จัดทำวิสัยทัศน์และกำหนดเป้าประสงค์ ค่านิยม และความคาดหวัง ขององค์กรแล้วจะต้องมีกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ |
| **มีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ มีแผนงานและโครงการ ที่สอดคล้องกับสภาวสุขภาพของผู้รับบริการ และบริบทของพื้นที่ มีการสื่อสารให้บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน** |  |  |
| - ไม่มีเอกสาร ไม่มีการดำเนินงาน | 0 |  |
| - มีเอกสารไม่ครบถ้วน มีการดำเนินงานแต่ไม่มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน | 1 |  |
| - มีเอกสารครบถ้วน มีการดำเนินงานและมีการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน | 2 |  |
|  |  |  |
| **หมวด 1**  **การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์** |  |  |  | - พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจของบุคลการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการนำวิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนการดำเนินงานเพื่อนำไป สู่การปฏิบัติ | บุคลกรได้รับทราบ ยอมรับและนำไป ปฏิบัติอย่างจริงจัง ผู้บริหารสามารถดำเนินการได้หลายวิธีแต่วิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพได้แก่การสื่อสาร แบบสองทิศทาง (Two Way Communication) สร้างบรรยากาศที่ดีในทุกรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้ กระตุ้นให้บุคลากรในองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบ เข้าใจถึงเจตนารมณ์ของทิศทางดังกล่าวร่วมกัน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความผาสุก |
| **1.1.1.3 การกำกับดูแล** | **(2)** |  | - โครงสร้างการบริหาร  - ระเบียบปฏิบัติ การกำกับดูแลตนเอง  - มาตรฐานหรืออื่น ๆ ที่สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหาร  - กฎระเบียบ หรือนโยบายที่เกี่ยวข้อง  - แนวทางการตรวจสอบประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ | การกำกับดูแล หมายถึง การแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้บริหาร ความรับผิดชอบด้านการเงิน ความโปร่งใสในการดำเนินงาน การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายใน ภายนอก การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย |
| **มีการควบคุมกำกับและตรวจสอบผลลัพธ์ของงาน การเงินและการป้องกันทุจริต ประพฤติมิชอบ จัดระบบให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ มีส่วนร่วม ตรวจสอบได้** |  |  |
| - ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบ | 0 |  |
| - มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือน | 1 |  |
| - มีการควบคุมตรวจสอบทุก 3 เดือนและมีการทบทวนพิจารณาผลการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาอุปสรรค อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร | 2 |  |
| **1.1.1.4 การจัดการข้อร้องเรียน** | **(2)** |  | - บันทึกอุบัติการณ์, การจัดการแก้ไขข้อร้องเรียน, สัมภาษณ์, สังเกต | ข้อร้องเรียน หมายถึง ข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย ญาติ ผู้รับบริการทั้งจากภายใน/ภายนอก ที่ไม่ได้รับการตอบสนองความทำให้ไม่พึงพอใจ และแจ้งขอให้ตรวจสอบ แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน |
| **มีระบบรับฟังความคิดเห็น รับข้อร้องเรียนในรูปแบบต่างๆ มีผู้รับผิดชอบและมีแนวทางการแก้ไข มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงการบริการ และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง** |  |  |
| - ไม่มีระบบ | 0 |  |
| - มีระบบ แต่ไม่มีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง(น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง)และเป็นลายลักษณ์อักษร | 1 |  |
| - มีระบบ และมีการนำผลมาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาการบริการและประเมิน ความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง (ทุก 3 เดือน)และเป็นลายลักษณ์อักษร | 2 |  |
| **หมวด 1**  **การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์** | **1.1.1.5 การทบทวนผลการดำเนินการ** | **(2)** |  | แผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ/การวิเคราะห์และปรับปรุงแผนการดำเนินงาน | การทบทวนผลการดำเนินงาน หมายถึง การแสดงให้เห็นวิธีการในการเลือกและรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่มีความ สอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินการและนำผลการนดำเนินงานมาทบทวน วิเคราะห์เพื่อจัดทำแผนในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น |
| **มีการทบทวนผลการดำเนินงานและจัดทำแผน เช่น การบริหารงาน การจัดระบบสนับสนุนบริการ การให้บริการ การพัฒนาวิชาการ การสร้างแรงจูงใจ ระบบประเมินผลงาน การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ได้จากการทบทวน และค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน** |  |  |
| - ไม่มีการทบทวนและจัดทำแผน | 0 |  |
| - มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่ต่อเนื่อง (ปีละ 1 ครั้ง) และไม่มีผลลัพธ์ของการพัฒนา | 1 |  |
| - มีการทบทวนและจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างต่อเนื่อง (ปีละ 2 ครั้ง) และมีผลลัพธ์ของการพัฒนาเชิงประจักษ์ | 2 |  |
| **1.1.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม** | **(4)** |  | เอกสารแสดงกฎและระเบียบ ในการปฏิบัติงาน | พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและจริยธรรม : หน่วยบริการ/องค์กร แสดงให้เห็นว่ามีการระบุและคาดการณ์ความเสี่ยง /ผลกระทบด้านลบต่อสังคม/และความกังวลของสาธารณะเนื่องมาจากบริการ/การดำเนินงานขององค์กร และมีการเตรียมการแก้ไข รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า รักษาสิ่งแวดล้อม มีการกำหนดกระบวนการ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ข้อบังคับ รวมทั้งลดความเสียหายด้านลบเหล่านั้น |
| **1.1.2.1 การดำเนินการอย่างมีจริยธรรม** | **(2)** |  |
| **มีกฎระเบียบข้อบังคับที่เป็นค่านิยมและวัฒนธรรมในการทำงานของบุคลากรที่ใช้ตัดสินความถูกต้องและความผิดของการ กระทำเป็นไปเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** |  |  |
| - ไม่มีกฎระเบียบและข้อบังคับ | 0 |  |
| - มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ | 1 |  |
| - มีกฎระเบียบและข้อบังคับเป็น ลายลักษณ์อักษรและมีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม | 2 |  |
| **1.1.2.2 การให้การสนับสนุนต่อชุมชนที่สำคัญ** | **(2)** |  | รูปภาพกิจกรรม/การบันทึกการให้การสนับสนุนชุมชน | **ชุมชน (Community**) ครอบคลุมทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์ และชุมชนในลักษณะอื่นๆเฃ่น กลุ่มบุคคลที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน หรือเครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น  **การสนับสนุนชุมชน (Community support)** รวมถึงความพยายามในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในด้านการให้บริการ |
| **มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมร่วมกับชุมชนนอกเหนือหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เพื่อให้ เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อชุมชน** |  |  |
| - ไม่มีการสนับสนุนต่อชุมชน | 0 |  |
| - มีการสนับสนุนต่อชุมชนแต่ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นในเชิงประจักษ์ | 1 |  |
| - มีการสนับสนุนต่อชุมชนและมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร มีภาพเชิงประจักษ์ | 2 |  |
| **หมวด 1**  **การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์** |  |  |  |  | การศึกษา สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถรับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี |
| **หมวด 1**  **การนำองค์กร ธรรมาภิบาล และการวาง แผนกลยุทธ์** | **1.2 การวางแผนกลยุทธ์** | **(4)** |  | สัมภาษณ์วิธีการจัดทำแผน/การกำหนดเป้าประสงค์/แผน | กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่าอาจเป็นผลหรือผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้ : การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆกับบุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข  **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives) หมายถึง**ความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กรเป็นสิ่งที่องค์กรต้องการบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร |
| **1.2.1 การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์** | **(2)** |  |
| **1.2.1.1 เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์** | **(2)** |  |
| **มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าประสงค์ กลวิธีเพื่อให้บรรลุผลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมารณและเชิงคุณภาพ** |  |  |
| - ไม่มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์ | 0 |  |
| - มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์แต่ไม่มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้ง เชิงปริมาณและคุณภาพ | 1 |  |
| - มีเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และ กลยุทธ์มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ | 2 |  |
| **1.2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ** | **(2)** |  | สัมภาษณ์การนำกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ | การถ่ายทอดกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ เช่น การจัดทำแผนปฏิบัติการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์  แผนปฏิบัติการ (Action plan) หมายถึง แผนที่ระบุกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียดทรัพยากรที่ต้องใช้ในช่วงเวลาที่ต้องทำให้สำเร็จย |
| **1.2.2.1 การจัดทำแผนปฏิบัติการ ถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ** | **(2)** |  |
| **มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ตอบสนอง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ จัดสรรทรัพยากร(คน งบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการดำเนินงานได้สำเร็จ ถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุ กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติการ** |  |  |
| - ไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ และไม่มีการถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติ | 0 |  |
| - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่มี การถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความคืบหน้าของแผนปฏิบัติงาน | 1 |  |
| - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการถ่ายทอดสู่บุคลากรเพื่อปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการ | 2 |  |
| **รวมคะแนน** | | **18** |  |  |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ก การเงินและบัญชี**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **แนวทางการพิจารณา** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| **การเงินและบัญชี** | **มีการกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การงเงิน การคลัง ป้องกันการทุจรติ ประพฤติมิชอบ** |  |  | มีครบถ้วน 7 รายการ =10 คะแนน  มี 6 รายการ 8 คะแนน  มี 5 รายการ 7 คะแนน  พิจารณาจากหลักฐานการดำเนินงานเช่น คำสั่งคณะกรรมการ/แผนการใช้เงินงบประมาณ เงินบำรุง /การควบคุมการรับจ่ายเงิน/การจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง/ การควบคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน/การสรุปผล/การจัดซื้อจัดจ้าง/ผลการตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน | การกำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การเงิน การคลัง หมายถึงการ  ควบคุมดูแลการใช้จ่ายเงินแผ่นดิน และของหน่วยงานภาครัฐให้เป็นไปโดยถูกต้อง มีวินัย คุ้มค่า โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ โดยการวางกรอบหลักเกณฑ์กลางให้หน่วยงานภาครัฐถือปฏิบัติ |
| 1. มีคำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงินของหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการเบิกจ่ายเงินถอนเงิน และเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานการเงิน |  |  |
| 2. มีแผนการใช้เงินงบประมาณและเงินบำรุง |  |  |
| 3. มีบัญชีควบคุมการรับ-จ่ายเงินเป็นปัจจุบันถูกต้อง(404/407) |  |  |
| 4. มีแฟ้มการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง |  |  |
| 5. สมุดคุมการใช้ใบเสร็จรับเงิน และสรุปผลการใช้ประจำปี |  |  |
| 6. มีแฟ้มการดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง เป็นปัจจุบัน |  |  |
| 7. ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการตรวจสอบภายในปีละ 2 ครั้ง |  |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| **1.สภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร**  **(รวม 10 คะแนน)** | 1.1 การปรับปรุงสภาพ สิ่งแวดล้อมภายนอกอาคาร | **(6)** |  | สังเกต สำรวจ | สะอาด หมายถึง ความสะอาดบริเวณสถานที่ มีความเป็น ระเบียบเรียบร้อย |
| * บริเวณทั่วไปไม่สะอาด | 1 |  |
| * บริเวณทั่วไปสะอาด | 3 |  |
| * บริเวณทั่วไปสะอาด จัดเป็นสัดส่วนมีรั้วรอบ ขอบชิด | 6 |  |
| 1.2.การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ |  |  |  |
| 1.2.1 การกำหนดจุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน\*\* | **(2)** |  | สังเกต/สอบถาม/ สำรวจ/สัมภาษณ์ | จุดสำหรับจอดรถผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถของผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถมาจอดเพื่อรับส่งผู้ป่วยได้สะดวกและใกล้กับจุดที่กำหนดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉิน |
| - มี | 2 |  |
| - ไม่มี | 0 |  |
| 1.2.2 การกำหนดจุดสำหรับจอดรถผู้พิการ/ผู้ชรา | **(2)** |  | จุดที่กำหนดไว้สำหรับจอดรถผู้พิการ หมายถึง จัดที่จัดไว้สำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราต้องเป็นพื้นที่สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างไม่น้อยกว่า 2,400 มิลลิเมตร และยาวไม่น้อยกว่า6,000 มิลลิเมตร และจัดให้มีที่ว่างข้างที่จอดรถกว้างไม่น้อยกว่า 1,000มิลลิเมตร |
| * ไม่มี | 0 |  |
| * มีแต่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน | 1 |  |
| * มีและเป็นไปตามมาตรฐาน | 2 |  |
| **2.สภาพแวดล้อม**  **ภายในอาคาร**  **(รวม 22 คะแนน)**  **การดำเนินการตามมาตรฐาน 5 ส** | **2.1 การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินงาน 5 ส** | **(2)** |  | การสังเกตและสัมภาษณ์ |  |
| * มีการแบ่งพื้นที่ดำเนินการและกำหนดผู้รับผิดชอบ | 1 |  |
| * กำหนดผู้รับผิดชอบได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ | 1 |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
|  | **2.2 โต๊ะทำงาน** | **(3)** |  | การสังเกต/สัมภาษณ์**/**สอบถาม | **ป้าย ส สะดวก** หมายถึง ป้ายอธิบายถึงลักษณะของสิ่งของ เช่น ป้ายสารบัญแฟ้มหนังสือ ป้ายอุปกรณ์สำนักงานเป็นต้น  **ถังขยะ หมายถึง** ถังขยะทั่วไปที่ใส่ขยะแห้งหรือถังใส่ขยะที่เท่านั้น ไม่ได้ประเมินรวมกับถังขยะติดเชื้อที่ต้องประเมินตามมาตรฐาน IC |
| * สะอาดและปราศจากคราบสกปรก | 1 |  |
| * ป้ายชื่อระบุชื่อ สกุล ตำแหน่งมีลักษณะเดียวกันทุกโต๊ะภายในห้องนั้น | 1 |  |
| * ไม่มีสิ่งของซุกใต้โต๊ะทำงาน | 1 |  |
| **2.3 โต๊ะคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์** | **(4)** |  |
| * สะอาด ปราศจากคราบสกปรก | 1 |  |
| * เมื่อใช้งานเสร็จแล้วให้ออกจากโปรแกรม และเก็บเอกสารที่ใช้ประกอบการทำงานให้เรียบร้อย(ไม่มีเอกสารวางทิ้งไว้บนโต๊ะหลังเสร็จงาน) | 1 |  |
| * สาย อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ต้องเก็บให้ปลอดภัยและเป็นระเบียบ | 1 |  |
| * มีการแยกประเภทของกระดาษพิมพ์งาน เพื่อความสะดวก และประหยัด (มีป้าย ส สะดวก ) | 1 |  |
| **2.4 ห้องทำงาน** | **(5)** |  |
| -มีป้ายติดหน้าห้องระบุชื้อห้องทุกห้อง | 1 |  |
| -สะอาดปราศจากคราบสกปรก | 1 |  |
| -จัดวางวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและมีป้ายบอกชัดเจน | 1 |  |
| * -ถังขยะต้องมีฝาปิดมิดชิดและมีถุงพลาสติกรองรับ วางไว้ในที่เหมาะสม ตัวถังขยะภายนอกต้องสะอาด ไม่มีเศษขยะล้นออกมานอกถัง | 1 |  |
| -อุปกรณ์ที่ควรใช้ร่วมกัน ให้จัดวางไว้ที่ใดที่หนึ่งของสำนักงาน เช่น กรรไกรตัดกระดาษ เครื่องเย็บกระดาษ ที่เหลาดินสอ ปากกาเขียนแผ่นใส คัตเตอร์ เป็นต้น ทำป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุม และชัดเจน | 1 |  |  |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
|  | **2.5 ตู้เก็บเอกสาร** | **(3)** |  | การสังเกต/สัมภาษณ์/สอบถาม |  |
| - มีป้าย ส สะดวก ติดไว้ให้ชัดเจนเป็นระเบียบ สวยงามทุกตู้ | 1 |  |
| -ห้ามวางอุปกรณ์หลังตู้ที่สูงเกินมือเอื้อมถึง | 1 |  |
| -ไม่มีฝุ่นละออง ไม่มีหยากไย่ | 1 |  |
| **2.6 การเก็บเอกสาร** | **(2)** |  |
| -เอกสารที่อยู่ในแฟ้มงานจะต้องเป็นเอกสารปีปัจจุบัน หรือหากมีเอกสารย้อนหลังเกิน 1 ปีต้องเป็นเอกสารที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวพันกัน และต้องระบุจากปีไหนถึงปีไหน | 1 |  |
| -มีป้าย ส สะดวกให้ครอบคลุมและชัดเจนเหมือนกันทุกแฟ้มจัดเก็บเป็นระเบียบ สวยงาม | 1 |  |
| **2.7 โทรศัพท์** | **(2)** |  | การสังเกต/สัมภาษณ์/สอบถาม |  |
| -มีหมายเลขโทรศัพท์ภายในและภายนอกเพื่อความสะดวกในการติดต่อ | 1 |  |
| -ไม่มีคราบสกปรก ฝุ่นละอองและหยากไย่ | 1 |  |
| **2.8 นาฬิกา** | **(1)** |  | การสังเกต/ สอบถาม | ไม่เดิน/ไม่ตรงเวลา + 5 นาทีหัก 1 คะแนน |
| -นาฬิกา | **1** |  |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| **3.ห้องส้วม**  **(รวม 6 คะแนน )** | **3.1 ห้องส้วมทั่วไปสะอาด**  พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ | **(3)** |  | การสังเกต | **สะอาด หมายถึง** ไม่มีฝุ่น หรือหยากไย่ ไม่มีคราบสกปรก ให้สังเกตบริเวณซอกมุม คอห่าน ภายใน ภายนอกโถส้วม และโถปัสสาวะด้วยห้องส้วมและสุขภัณฑ์มีสภาพดี  -พื้นห้องส้วมและบริเวณล้างมือต้องแห้ง หากพบว่าบางครั้งพื้นภายในห้องส้วมไม่แห้ง แต่ถ้าพื้นไม่ลื่นและไม่มีน้ำขังถือว่าควรผ่านการประเมินทั้งนี้ให้ขึ้นกับดุลพินิจของผู้ประเมิน  **ไม่มีกลิ่นเหม็น** หมายถึง ไม่มีกลิ่นของอุจจาระและปัสสาวะและต้องไม่มีกลิ่นเหม็นขณะราดน้ำหรือกดชักโครก |
| -ไม่สะอาด | 0 |  |
| -สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น | 1 |  |
| -สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศดี | 2 |  |
| -สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น แสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศดีและไม่มีกลิ่น | 3 |  |
| **3.2 .มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ** | **(3)** |  |  | มีห้องส้วมสำหรับผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ต้องมีองค์ประกอบครบ 5 ขั้น ดังนี้  1.โถส้วมนั่งราบแบบชักโครก  2.ประตูกว้างไม่น้อยกว่า 90 เซนติเมตร  3.มีอ่างล้างมือ  4.มีทางลาดเข้าสู่ห้องส้วมผู้พิการ  5.มีราวเหล็กจับพยุงตัว |
| - ไม่มี | 0 |  |  |
| - มี/ไม่สะอาด | 1 |  |  |
| - มี/สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น | 2 |  |  |
| - มี /สะอาด พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่มีกลิ่น สะดวกในการใช้บริการ | 3 |  |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ค การบริหารจัดการโครงสร้าง**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| **4.บริการ**  **(รวม 12 คะแนน)** | **4.1 จัดระบบคิวการรอตรวจตามลำดับก่อน หลังหรือตามความรุนแรงของโรค** | **(3)** |  | การสังเกตและการสัมภาษณ์ | มีเครื่องมือ หรืออุปกรณ์ในการออกบัตรคิว |
|  | -ไม่มี | **0** |  |
|  | -มี แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่ชัดเจน | **1** |  |
|  | -มีระบบคิวชัดเจนแต่ดำเนินการไม่ต่อเนื่อง | 2 |  |
|  | -มีระบบคิวชัดเจน มีการดำเนินการต่อเนื่อง และมีการแจ้งให้ผู้รับบริการให้ทราบ | **3** |  |
| **4.4 มีตารางการให้บริการในสถานบริการ** | **(3)** |  | **การสังเกต** |  |
| -ไม่มี | **0** |  |
| -มี แต่ไม่มีการติดป้ายแสดงให้เห็นชัดเจน | 1 |  |
| -มีป้ายบอกชัดเจน เช้า/บ่าย นอกเวลาราชการ | 2 |  |
| -มีป้ายบอกชัดเจน เช้า บ่าย นอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ ระบุชื่อเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานในพื้นที่ | 3 |  |
| **4.3 จัดให้มีทีวี วีดีทัศน์** และสื่ออุปกรณ์อื่นๆ เผยแพร่ความรู้ด้าน สุขภาพและเผยแพร่กิจกรรมกระทรวง | **(3)** |  | การ สังเกต และการ สัมภาษณ์ | ความปลอดภัย หมายถึง อุปกรณ์ทำ น้ำร้อน น้ำเย็นไม่ ก่อให้เกิด ผลกระทบ อันตรายต่อ ร่างกาย เช่น ไฟรั่ว เป็นต้น ภาชนะใส่น้ำดื่ม ถูกหลัก สุขาภิบาล พร้อมใช้ |
| - ไม่มี | 0 |  |
| - มีแต่ไม่มีการเผยแพร่ | 1 |  |
| -มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ | 2 |  |
| - มีการเผยแพร่ความรู้ ด้านสุขภาพ มีการประชาสัมพันธ์เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ ODOP | 3 |  |
| **4.4 มีบริการน้ำดื่ม(ร้อน เย็น) และเครื่องดื่มสมุนไพร ในช่วง เวลาเปิดให้บริการ** | **(3)** |  |
| -ไม่มี | 0 |  |
| -มีเฉพาะน้ำเย็น | 1 |  |
| -มีทั้งน้ำร้อน น้ำเย็น | 2 |  |
|  | -มีน้ำร้อน น้ำเย็น และเครื่องดื่มสมุนไพรเพิ่มเติม และมีความปลอดภัย | 3 |  |  |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-1 IC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนน**  **ที่ได้** | **วิธีการประเมิน/แนวทางพิจารณา** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| **1.การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร**  **(รวม 6 คะแนน)** | **1.1 พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** | **(2)** |  | พิจารณาจาก Cup จัดระบบสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายมีการจัดระบบการป้องกันการติดเชื้อ | \*กรณีรพ.สต.ลูกข่ายไม่มี RN ให้รพ.สต.แม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบร่วมได้  \* กรณีไม่มีพยาบาลวิชาชีพ รับผิดชอบใน รพ.สต. อนุโลมให้เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล โดยขอให้มีคำสั่งแต่งตั้งว่าเป็นผู้รับผิดชอบ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีให้ 0  -หลักฐานมีอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ เช่นหนังสือเชิญรับการอบรม รูปภาพการอบรม เนื้อหาในการอบรม  -คำสั่ง โดยดูจากวันที่ลงนาม  กลุ่มป่วย  **แผนครอบคลุมด้านสิ่งแวดล้อม** หมายถึงแผนในการดำเนินงานควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมในรพ.สต.และในชุมชนที่รับผิดชอบ |
| 1.1.1 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต | 1 |  |
| 1.1.2 มีข้อ 1.1.1 และพยาบาลผู้รับผิดชอบได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละ1ครั้ง (อย่างน้อย1วัน) | 0.6 |  |
| 1.1.3 มีข้อ 1.1.2 และมีหลักฐานการได้รับการอบรมความรู้ของพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและบุคลากรในรพ.สต. และมีคำสั่งแต่งตั้งพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาพรวมของ CUP เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน (ยึดตามปีปฏิทิน) | 0.4 |  |
| **1.3 คู่มือการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** | **(2)** |  | ดูแนวทาง คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และดูการกำกับติดตามการใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต.ตามบริบทของพื้นที่ | -คู่มือจัดทำในรูปของคณะกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อภาพรวมของCUPนั้นๆและจัดทำภายใน 5 ปีก่อนการประเมิน  -การถามอาจถามข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 เรื่อง เช่น การล้างมือ การจัดการขยะ การเฝ้าระวังและติดตามการ ติดเชื้อ หรือเรื่อง ที่ สอดคล้องกับ ODOP |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-1 IC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนน**  **ที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| **1. การ ออกแบบ ระบบและ การจัดการ ทรัพยากร** | 1.3.1 มีคู่มือปฏิบัติงานด้านการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อในรพ.สต. แต่ไม่เป็นปัจจุบัน | 1 |  |  | คู่มือ /แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นปัจจุบันคือ มีการทบทวนและปรับปรุงคู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในระยะเวลา 5 ปี |
| 1.3.2มีข้อ 1.3.1 และสุ่มสอบถามเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือ ได้อย่างถูกต้อง | 1 |  |
| **2. การดำเนินงาน**  **(รวมคะแนน 16 คะแนน)** | **2.1ระบบการเฝ้าระวัง** | **(1.5)** |  | -สอบถามและตรวจดูรายงานการเฝ้าระวังและ แนวทางการแก้ไขปัญหา เป็นลายลักษณ์อักษรไม่เน้น รูปแบบการบันทึกแต่ สามารถตอบการสื่อสารกัน ได้  -ดูผลการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่เฉพาะราย  -ดูแผนการตรวจสุขภาพ  -ผลการตรวจสุขภาพ  -แผนการดูแลบุคลกรกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย | **กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง** การกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้สอดคล้องกับ ODOP และปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการตามบริบทของรพ.สต.นั้นๆ และมีการดำเนินการเฝ้าระวังทั้งในรพ.สต.และในชุมชน  **การตรวจสุขภาพประจำปีหมายถึง**กิจกรรมการตรวจประเมินสุขภาพ โดยที่ผู้รับการตรวจยังไม่มี[อาการ](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3-%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0)ผิดปกติ ยังอยู่ใน[ภาวะ](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3-%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0)ที่ร่างกายยังปกติ และผู้ป่วยรู้สึกว่าร่างกายยังสมบูรณ์ เป็นการตรวจที่ทำในทุกๆปี ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งเป็นการตรวจที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์/สอบถามประวัติ[อาการ](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3-%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0) และ[ประวัติทางการแพทย์](http://haamor.com/th/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C/)ต่างๆ [การตรวจร่างกาย](http://haamor.com/th/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88%E0%B8%A3%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2/)โดยละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติ การที่จำเป็น การให้[วัคซีนป้องกัน](http://haamor.com/th/%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%84%E0%B8%8B%E0%B8%B5%E0%B8%99)[โรคตา](http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B2/)มคำแนะนำของ[กระ](http://haamor.com/th/%E0%B9%84%E0%B8%9D-%E0%B8%9B%E0%B8%B2%E0%B8%99-%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0-%E0%B8%9D%E0%B9%89%E0%B8%B2-%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B8%A7/)ทรวงสาธารณสุข และการให้คำ ปรึกษาสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะของผู้รับการตรวจแต่ละราย  **การวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ หมายถึง**การวิเคราะห์จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีแล้วแบ่งกลุ่มเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย |
| 2.1 .1มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสำคัญ | **0.5** |  |
| 2.1.2มีข้อ 2.1 และมีผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ | 1 |  |
| **2.2 การตรวจสุขภาพประจำปี** | **(1.5)** |  |
| 2.2.1 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีแต่ไม่ครบ 100% | 0.5 |  |
| 2.2.2 บุคลากรตรวจสุขภาพประจำปีครบ 100% | 0.25 |  |
| 2.2.3 มีผลการวิเคราะห์การตรวจสุขภาพ | 0.25 |  |
| 2.2.4 มีแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยง | 0.25 |  |
| 2.2.5 บุคลากรกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษา และปรับเปลี่ยนงาน ตามความเหมาะสม | 0.25 |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-1 IC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** |  | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
|  | **2.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค** | **(1.5)** |  | ประเมินจาก \* รอบปีปฏิทิน  \*มีทะเบียนรายงานการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และ รายงานการฉีดวัคซีนตามการระบาดของ โรคในพื้นที่(ให้กระตุ้นตาความเหมาะสม เช่น คอตีบ) หรือ  - การสอบถามเจ้าหน้าที่ หรือ  -สมุดบันทึกการตรวจสุขภาพประจำปี | การฉีดวัคซีนที่จำเป็นหมายถึงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และ วัคซีนที่ป้องกันกันโรค ระบาดตามการระบาด ของแต่ละพื้นที่ |
| 2.3.1 บุคลากรได้รับการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นตามนโยบายของ กระทรวงร้อยละ 80 ขึ้นไป | 1 |  |
| 2.3.2บุคลากรได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำ เป็นตาม นโยบายของกระทรวงน้อยกว่าร้อยละ 80 | 0.5 |  |
| **2.4 แนวทางการปฏิบัติ** | **(2)** |  | ดูโปสเตอร์/ป้ายแนวทาง ปฏิบัติ  -สุ่มถามบุคลากร 1 คน  -ขอดูรายงานการเกิด อุบัติเหตุเมื่อเกิดอุบัติเหตุไม่ เน้นรูปแบบเอาตามแนวทาง ที่CUPกำหนด  -กรณีที่ไม่ได้รับอุบัติเหตุ | แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง หมายถึงแนวทางที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทง เช่น ใบมีดผ่าตัด เข็มฉีดยาที่ใช้กับผู้ป่วยแล้ว หรือแนวทางการปฏิบัติเมื่อเลือด หรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา จมูก หรือผิวหนังสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง เป็นต้น |
| 2.4.1 มีการสื่อสารแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด อุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งขณะ ปฏิบัติงานโดยติดป้ายประกาศ/โปสเตอร์ ในพื้นที่ที่มองเห็นชัดเจน | 1 |  |
| 2.4.2มีข้อ 2.4.1 และบุคลากรทราบและอธิบายแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง | **0.5** |  |
| 2.4.3 มีการบันทึกเมือเกิดอุบัติเหตุ | **0.5** |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-1 IC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** |  | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
|  | **2.5 ป้าย/โปสเตอร์แสดงขั้นตอนการทำความสะอาดมือ** | **(2)** |  | สังเกตป้ายแสดงขั้นตอนการล้างมือ  สุ่มบุคลากร 1 คน ตอบคำถามและ สาธิตการล้างมือได้ถูกต้องไม่เน้น ว่าเป็นพยาบาล | **การทำความสะอาดมือ หมายถึง**การขัดถูให้ทั่วมือ รวมทั้งช่องลายนิ้วมือด้วยสบู่หรือสารเคมีและน้ำ แล้วล้างออกให้สะอาด เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการควบคุมโรคติดเชื้อ การล้างมืออย่างถูกวิธีร่วมกับการใช้ผ้าเช็ดมือที่สะอาดทุกครั้ง สามารถลดการติดเชื้อในได้ การล้างมืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะสามารถลดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 50 ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกวิธี มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการล้างมือรวมทั้งมีพฤติกรรมการล้างมืออย่างถูกต้องและเหมาะสมจะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ |
| 2.5.1มีการสื่อสารป้าย/โปสเตอร์แสดง ขั้นตอนการทำความสะอาดมือ และมี อุปกรณ์ล้างมือเช่น สบู่ กระดาษ/ผ้าเช็ดมือ เพียงพอพร้อมใช้ | **1** |  |
| 2.5.2มีข้อ 2.5.1 และบุคลากรทำความสะอาดมือได้ถูกต้อง | **1** |  |
| **2.6 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล** | **(2)** |  | - สังเกตภาพหรือป้ายแสดงขั้นตอน การสวมและถอด อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล  -สุ่มบุคลากร 1 คน ให้สาธิต และตอบคำถามการใช้ PPE | อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล  หมายถึง สิ่งหนึ่งสิ่งใดที่สวมลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายให้แก่อวัยวะส่วนนั้นๆ ไม่ให้ต้องประสบอันตรายจากสิ่งหนึ่งสิ่งใด คือเป็นการป้องกันอันตรายจากสภาวะแวดล้อมในการทำงาน |
| 2.6.1 มีการสื่อสารการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ ตามบริบทของพื้นที่ | **1** |  |
| 2.6.2 มีข้อ 2.6.1 และ บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม | **1** |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-1 IC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
|  | **2.7การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต** | **(1.5)** |  | -สุ่มถาม -ตรวจสอบสถานที่จริง -ป้ายสื่อสารการปฏิบัติกรณี โรคติดต่อที่ต้องแยกพื้นที่ เช่น โรควัณโรค, ไข้หวัดนก คอตีบ เป็นต้น | การจัดแบ่งพื้นที่ในรพ.สต หมายถึง การแบ่งพื้นที่ในการให้บริการ แบ่งเป็นพื้นที่สะอาด และพื้นที่ปนเปื้อน และการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในรพ.สตเช่นผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยวัณโรคเป็นต้น |
| 2.7.1 บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ พื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ. สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ | 0.5 |  |
| 2.7.2ทราบแนวทางการจัดการแบ่งพื้นที่ใน การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดที่ เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. | 0.5 |  |
| 2.7.3มีข้อ 2.7.1และ2.7.2และมีการจัดแบ่งพื้นที่เขตสะอาดและเขตปนเปื้อน ในรพ.สต. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้อง | 0.5 |  |
| **2.8 การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ** | **(2)** |  | พิจารณาจากอุปกรณ์ และเครื่องมือสะอาด ปราศจากเชื้อพร้อมใช้งาน | การควบคุมคุณภาพทางด้านชีวภาพ หมายถึงการทำ Spore test |
| 2.8 .1บุคลากรทราบแนวทางการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ด้วยเครื่องนึ่งไอน้ำ และ การควบคุมคุณภาพการทำให้ปราศจาก เชื้อทั้ง 3 ด้าน | 1 |  |
| 2.8.2 มีข้อ 2.8.1 และมีการควบคุมคุณภาพด้านกายภาพทุกครั้งก่อนนึ่ง) | 0.20 |  |
| 2.8.3มีการควบคุมคุณภาพด้านเคมีภายนอกทุกหีบห่อและ ควบคุมภายในห่ออุปกรณ์ทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ set พื้นฐาน, set suture, set คลอด, I&D | 0.20 |  |
| 2.8.4มีการควบคุมคุณภาพด้านชีวภาพ(อย่างน้อย 1 ครั้ง/เครื่อง/เดือน) | 0.20 |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-1 IC**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **วิธีการประเมิน** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
|  | 2.8.5 มีการจัดเก็บที่ป้องกันการปนเปื้อนและการจัดเก็บ first in first out ถูกต้อง | 0.20 |  | สังเกต/สัมภาษณ์ /สอบถาม กรณี ห่ออุปกรณ์ปราศจากเชื้อชำรุด หรือ ไม่พร้อมใช้ ตัด 0.2 คะแนน | **การทำให้ปราศจากเชื้อหมายถึง**กระบวนการในการทำลายหรือขจัดเชื้อจุลชีพทุกชนิด รวมทั้งสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียจากเครื่องมือทางการแพทย์ เครื่องมือที่จะต้องผ่านเข้าสู่ส่วนของร่างกายที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ กระแสโลหิต หรือเนื้อเยื่อ เช่น เครื่องมือผ่าตัด เข็มฉีดยา รวมทั้งสารน้ำที่ใช้ฉีดเข้าเส้น อุปกรณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึ่งต้องสัมผัสกับเยื่อบุของร่างกายในระบบทางเดินปัสสาวะหรือช่องท้องจะต้องได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ |
| 2.8.6ไม่พบอุปกรณ์ปราศจากเชื้อหมดอายุ | 0.20 |
| 2**.9 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ** | (2) |  | สุ่มดูมูลฝอยในถังมูลฝอย  -สอบถาม/สังเกต เช่น กรณีไม่มีรถขนขยะ โดยเฉพาะแต่ต้องใช้รถคัน เดียวกันขนขยะ | “มูลฝอยติดเชื้อ” หมายความวา มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยูในปริมาณหรือมีความเขมขนซึ่งถามีการสัมผัสหรือใกลชิดกับมูลฝอยนั้นแลวสามารถทําใหเกิดโรคได กรณีมูลฝอยดังตอไปนี้ที่เกิดขึ้นหรือใชในกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางการแพทยและ การรักษาพยาบาล การใหภูมิคุมกันโรคและการทดลองเกี่ยวกับโรค และการตรวจชันสูตรศพหรือซาก สัตวรวมทั้งในการศึกษาวิจัยเรื่องดังกลาว |
| 2.9.1บุคลากรทราบแนวทางการจัดการ มูลฝอย ในรพ.สต. | 1 |
| 2.9.2การจัดเก็บมูลฝอยในพื้นที่/ห้องพักมูลฝอย ป้องกันสัตว์ แมลงคุ้ยเขี่ยได้ | 0.25 |  |
| 2.9.3มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อผู้ป่วยที่นอนรักษาที่บ้านที่อยู่ในความดูแลถูกต้อง | 0.25 |  |
| 2.9.4การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปทำลายนอกรพ.สต. โดยรถขน ย้ายมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น  \*กรณีไม่มีรถที่ใช้ขนส่งขยะเฉพาะ ขั้นต่ำ ต้อง มีกล่อง หรือถัง ไม่มีรู มีฝาปิด ล๊อคฝาได้ ใช้ส่งขยะติดเชื้อ | 0.25 |  |
| 2.9.5 มีการเผาทำลายที่อุณหภูมิสูงอย่างน้อย 760 องศาเซลเซียส หรือนำส่งให้หน่วยงาน/ผู้ดำเนินการที่สามารถกำจัดมูลฝอย ได้มาตรฐาน | 0.25 |  |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-2 LAB**

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

|  |  |
| --- | --- |
| ส่วนที่ : 1 ข้อมูลทั่วไป | |
| 1. ชื่อหน่วยบริการ | 6. ประเภทหน่วยงาน  ( ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)  ขนาด รพ.สต. ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่  ( )รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติฯ  ขนาด รพ.สต. ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่  ( )ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ.  ( ) รพศ. (ระบุชื่อ รพ.)................................  ( ) รพท. (ระบุชื่อ รพ.)...............................  ( ) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)  ( )ศูนย์บริการสาธารณสุข  ( )สถานบริการสาธารณสุขชุมชน  ( ) อื่นๆ (ระบุ) ................................................. |
| 2. ที่อยู่ |
| 3. เครือข่ายบริการสุขภาพที่……………………………. |
| 4. รหัสหน่วยงาน (5 หลัก) |
| 5. สังกัด  ( ) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.)  ( ) กรม (ระบุ) .................................................  ( ) อื่นๆ (ระบุ) ...................................................... |
| 7. อัตรากำลังของบุคลากร  7.1 ข้าราชการจำนวน ........... คน  7.2 พนักงานราชการ จำนวน ....... คน  7.3 ลูกจ้างประจำ จำนวน ........... คน  7.4 ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน ........... คน  7.5 พนักงานกระทรวงสาธารณสุข.......คน  7.6 อื่นๆ (ระบุ)....................................จำนวน ........... คน  รวมทั้งหมด ................ คน | 8. ตำแหน่งบุคลากร (ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ) ดังนี้  8.1 นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ....... คน  8.2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ........คน  8.3 พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน........คน  8.4 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน.... คน  8.5 ทันตาภิบาล จำนวน .......คน  8.6 นักแพทย์แผนไทย จำนวน ......คน  8.7 อื่นๆ เช่น นักจัดการทั่วไป, ลูกจ้าง ฯลฯ จำนวน ...... คน  รวมทั้งหมด ........................ คน |
| ส่วนที่ 2 : ข้อมูลศักยภาพการให้บริการ | |
| งานบริการทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข   |  |  | | --- | --- | | 1. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว | ( ) มี ( ) ไม่มี | | 2. การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรทีนในปัสสาวะ | ( ) มี ( ) ไม่มี | | 3. การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ) | ( ) มี ( ) ไม่มี | | 4. การตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) | ( ) มี ( ) ไม่มี |   5. การเก็บตัวอย่าง Rectal swab ( ) มี ( ) ไม่มี | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ส่วนที่ 3 : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ**  โปรดดำเนินการตรวจประเมิน และ ระบุคะแนบ ตามความเป็นจริง และนำค่าคะแนน (ข) ที่ประเมินได้ คูณ กับ น้ำหนัก (ก) ใส่ในช่อง ผลคะแนน (ค) ให้ครบถ้วนทุกข้อ | | | | | | | | | |
| ข้อที่ | ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ | น้ำหนัก (ก) | ค่าคะแนน (ข) | | | | | หลักฐาน | |
| มีครบ | มีบางส่วน | | ไม่มี | |
| (2คะแนน) | (1คะแนน) | | (0คะแนน) | |
| **1. บุคลากร** | | | | | | | | | |
| 1 | 1.1 ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ   * ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จากรพ.พี่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักในรพ.สต.ที่ผ่านการฝึกอบรมได้ โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม   1.2 มีบันทึกประวัติการอบรม   * มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างาน ควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยงโดยครอบคลุมทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม 4 test หลักที่ให้บริการและเป็นปัจจุบัน | 3 | ผู้ปฎิบัติทุกคนได้รับการอบรม | | ผู้ปฏิบัติหลักได้รับการอบรม | | ไม่มีคนได้รับการอบรม | | หลักฐานการอบรม/สอน |
| 2 | 1.3 มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ   * คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน | 1 | มี | |  | | ไม่มี | | มีหลักฐานระบุชัดเจน |
| 3 | 1.4 มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์ จพง.วิทย์ฯ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ   * มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการ รับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้ | 1 | มีพร้อมบันทึกการขอรับคำปรึกษา | |  | | ไม่ มี | | มีหลักฐานระบุชัดเจน |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน** | | | | | | | | | | |
| 4 | 2.1 มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ   * พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ | | 1 | | | แยกเป็นสัดส่วน | |  | ไม่เป็นที่เป็นทาง | ดู,สังเกต,ถาม |
| 5 | 2.2 มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม   * พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้ | | | 1 | | | Hct Centวางที่มั่นคงสะดวกใช้งาน | มั่นคงแต่มีความชื้น แดดส่อง | ไม่มั่นคง | ดู,สังเกต,ถาม,ลองขยับ |
| **3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ** | | | | | | | | | | |
|  | 3.1 วัสดุน้ำยา | | | | | | | | | |
| 6 | 3.1.1 มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดน้ำยาทดสอบ   * ในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอดูระบบการคัดเลือกหลักฐานการเบิกจ่ายต้องมีหมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกันกับของที่มีอยู่ในคลังจัดเก็บในอุณหภูมิถูกต้อง | 2 | | | มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่าย | | | หลักฐานการเบิกจ่ายไม่สมบูรณ์ | ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย | ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม |
| 7 | 3.1.2 มีการระบุวันเริ่มใช้วันหมดอายุของน้ำยาและตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ   * มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับน้ำยา | 1 | | | มีระบุ ไม่หมดอายุ | | | มีไม่ทุกชิ้น | ไม่มี | ดู,สังเกต,ถาม |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 3.2 เครื่องมือทดสอบ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | 3.2.1 มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ   * ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญเช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่อง วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคาเป็นต้นเครื่องปั่น Hct ควรมีหมายเลขครุภัณฑ์ กรณีที่ไม่มี ไม่หักคะแนนแต่เสนอแนะให้จัดทำให้ครบถ้วน | | 1 | | | มี | | | มีไม่สมบูรณ์ | | | ไม่มี | | | | ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม |
| 9 | | 3.2.2 มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา   * สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ.สต. อาจยกข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต. เองก็ได้ต้อง รวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย | | 1 | | | มี | | | มีไม่สมบูรณ์ | | | ไม่มี | | | | ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม |
| **3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | 3.2.3 มีการบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน   * มีบันทึกการสอบเทียบที่เป็นรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่ายงานที่สอบเทียบ * เครื่องปั่น Hctสอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งมีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่านการเทียบเวลาแล้วมาจับเวลาเสมอ * นาฬิกาจับเวลา สอบเทียบทุก 6 เดือน ตามค่าที่ใช้งาน สามารถทำได้เอง มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน และมีฉลากติดการสอบเทียบแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ 3 ครั้ง * มีการใช้นาฬิกาจับเวลา หรืออุปกรณ์อื่นที่มีการสอบเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) | | 3 | | | มีครบ  มีและสอบเทียบ  มีหลักฐานแสดง | | | มีแต่ไม่สมบูรณ์  มีไม่สอบเทียบ | | | ไม่มี  ไม่มีหลักฐานแสดง | | | | ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม  หยิบดู ทดสอบ สังเกต,ถาม  ดูเอกสารหรือstickerแสดง |
|  | | 3.3 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | 3.3.1 มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ | | 1 | | | | มีและ ไม่หมดอายุ | | มี ปนกัน | | | ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ | | | | หยิบดู,สังเกต,ถาม |
| 12 | | 3.3.2 มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน | | 1 | | | | มีอย่างน้อย 1 อัน | |  | | | ไม่มี | | | | หยิบดู,สังเกต,ถาม |
|  | 3.4 การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 3.4.1 มีแถบวัดSugar,Proteinในปัสสาวะ ไม่หมดอายุและ  มีการใช้นาฬิกาจับเวลา | | | 1 | | มีและ ไม่หมดอายุ | | | มี ปนกัน | | | ไม่มีหรือหมดอายุ | | | หยิบดู,สังเกต,ถาม | | |
|  | 3.5 การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 3.5.1 มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และ  มีการใช้นาฬิกาจับเวลา | | | 1 | | มีและ ไม่หมดอายุ | | | มี ปนกัน | | | ไม่มีหรือมีแต่หมดอายุ | | | หยิบดู,สังเกต,ถาม | | |
| 15 | 3.5.2 มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว)   * ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ้วยน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่หักคะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไข | | | 1 | | มี สะอาดแห้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง | | |  | | | ไม่มีหรือมี ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง | | | หยิบดู ถาม | | |
|  | * 1. การตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 3.6.1 มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ | | | 1 | | มี ใช้งานได้ดี | | |  | | | ไม่มีหรือมีแต่ไม่สมบูรณ์ | | | หยิบดู ถาม | | |
| **3. วัสดุ น้ำยาและเครื่องมือทดสอบ (ต่อ)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 3.6.2 บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/ฟิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช้แปรงถ่านแต่ใช้ฟิวส์ให้มีฟิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง   * เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีฟิวส์ ให้มีฟิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้พี่เลี้ยงสำรองแปรงถ่าน | | | 1 | | มีตรวจสอบและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง | | | มีการตรวจสอบแต่ไม่มีสำรองประจำเครื่องหรือไม่มีระบบสำรอง | | | ไม่มีการตรวจสอบ | | | ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม | | |
| 18 | 3.6.3 Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด)   * capillary tubeสำหรับใช้ตรวจHctต้องไม่หมดอายุ กรณีมี แต่หมดอายุ ให้ 0 คะแนน (เดิมให้ 1 คะแนน) | | | 1 | | มีและไม่หมดอายุ | | | \_ | | | ไม่มี | | | หยิบดู ถาม | | |
| 19 | 3.6.4 ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้   * ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ปั่นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาธิตการใช้งานจริง | | | 1 | | มี ลักษณะใช้งานได้ดี | | |  | | | ไม่มีหรือมีแต่ใช้งานไม่ได้ | | | หยิบดู ถาม | | |
| 20 | 3.6.5 มีอุปกรณ์เจาะเลือด | | | 1 | | มีเป็นlancetหรือเข็มเฉพาะเจาะปลายนิ้ว | | |  | | | ไม่มีหรือใช้เข็มเจาะแขนมาเจาะปลายนิ้ว | | | หยิบดู ถาม | | |
| 21 | 3.6.6 เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลาถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา | | | 1 | | มีและสอบเทียบอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง | | | มีแต่ไม่ได้สอบเทียบ | | | ไม่มี | | | ดู เอกสารหรือstickerสอบเทียบ สังเกต ถาม | | |
| **4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 4.1 มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิดปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และ วิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที   * ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้ | | | 2 | | มีคู่มือ | | |  | | | ไม่มี | | | ดูเอกสาร,สังเกต,ถาม | | |
| 23 | 4.2 ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี)อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ   * กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการสั่งตรวจ โดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุ ชื่อ-นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สั่งเอง ตรวจเองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ | | | 1 | | มี รายละเอียดครบ | | | มีแต่ไม่มีรายละเอียดที่ไม่สำคัญ | | | ไม่มีหรือมีแต่ไม่มีรายละเอียดครบตามที่ระบุ | | | หยิบดู ถาม | | |
| **4. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ(ต่อ)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 4.3 มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น | | | 1 | | | มีและแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว | |  | | | ไม่มีหรือมีแต่ไม่สะอาดไม่แห้งไม่ใช้ครั้งเดียว | | | | หยิบดู ถาม | |
| 25 | 4.4 ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรงตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วยชื่อ-สกุลเลขประจำตัวผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง   * กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวรเขียนได้กรณีส่งต่อให้ รพ.พี่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่ง วันที่โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น | | | 1 | | | มี รายละเอียดครบ | | มีแต่รายละเอียดไม่ครบ | | | ไม่มี | | | | หยิบดู ถาม | |
| **5. ขั้นตอนการทดสอบ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | 5.1 มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิดให้บริการ   * คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บสิ่งส่งตรวจนอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ด้วยเสมอ | | | | 2 | | มีครบทุกการทดสอบ | | มีแต่ไม่ครบ | | | ไม่มี | | | หยิบดู ตรวจสอบถาม | | |
| 27 | 5.2 ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด   * บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องสาธิตวิธีการตรวจวิเคราะห์ให้ดูทั้ง 4 รายการทดสอบและมีการสุ่มเลือกผู้สาธิต | | | | 2 | | ปฏิบัติตามขั้นตอนถูกต้อง | |  | | | ไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง | | | ให้ปฏิบัติหรือบรรยายขั้นตอน สังเกต,ถาม | | |
| **6. การประกันคุณภาพการทดสอบ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | 6.1 มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ   * ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC)อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งกรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหาก ควรทำ IQCโดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input &process)ตรวจวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC | | | | 3 | | ทำIQC ทุกการทดสอบความถี่เดือนละ1ครั้ง | | ทำไม่ครบหรือครบทุกการทดสอบแต่หรือความถี่ไม่ได้ตามกำหนด | | ไม่มีการทำIQCเลย | | | ดู  ,สังเกต,ถาม  ดูหลักฐาน | | | |
| **6. การประกันคุณภาพการทดสอบ (ต่อ)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 6.2ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ   * มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ | | | | 2 | | ทำEQAหรือLab comparisonsทุกการทดสอบ | | มีแต่ทำไม่ครบทุกการทดสอบ | | ไม่มีการทำเลย | | | ดู,สังเกต,ถาม  ดูหลักฐาน | | | |
| 30 | 6.3กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือ การควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน   * มีบันทึกการทบทวนกรณีผลการควบคุมคุณภาพออกนอกเกณฑ์ที่ยอมรับ | | | | 1 | | มีการหาสาเหตุ แก้ไขและป้องกัน | | มีแต่ไม่สมบูรณ์ | | ไม่มีการดำเนินการ | | | ขอดูบันทึกการดำเนินการ | | | |
| **7. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | ปฏิบัติตามกระบวนการหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการได้อย่างถูกต้อง  7.1 ทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบอย่างถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการ มีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค  7.2 มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มทิ่มตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น | | | | 1  1 | | มีการทำลายตัวอย่างถูกต้อง  มีการใช้  มีคู่มือหรือWI | |  | | ไม่มีแนวทางหรือทำไม่ถูกต้อง  ไม่มี | | | ถาม ให้อธิบาย สังเกตหลักฐานแวดล้อม  ถามหาเพื่อดูตรวจสอบ  ความถูกต้อง | | | |
| **8. การรายงานผลการทดสอบ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 8.1 มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิกฤติ   * มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT,น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมดอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. 2 คนช่วยกันตรวจ แต่ทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ให้ 1 คะแนนทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับอสม. ของรพ.สต.ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย | | | | 2 | | มีทะเบียนหรือ เอกสารที่ตรวจสอบผลหรือรายงานได้ | | มีแต่ไม่สมบูรณ์ | | ไม่มีหลักฐานแสดง | | | ถามหาเพื่อดูตรวจสอบ  ความถูกต้อง | | | |
| 33 | 8.2 ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วยครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็นหลักฐาน   * กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจากรพ.ที่ส่งผลกลับมากรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ 8.1 ได้ | | | | 2 | | ใบรายงานมีข้อมูลครบถ้วน | | มีแต่ข้อมูลไม่ครบถ้วน | | ไม่มีใบรายงานผล | | | ถามหาเพื่อดูตรวจสอบ  ความถูกต้อง | | | |
| 34 | 8.3 เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิงตามระยะเวลาที่กำหนด   * เก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย 5 ปี | | | | 1 | | มีสำเนารายงานผล | |  | | ไม่มี | | | ถามหาเพื่อดูตรวจสอบ  ความถูกต้อง | | | |
| 35 | 8.4 มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผลการตรวจกรณีส่งสิ่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย | | | | 2 | | มีทะเบียนการส่งต่อและผลการตรวจ | | ไม่มีทะเบียนแต่สามารถค้นหาจากระบบได้ครบถ้วน | | ไม่มีและค้นหาไม่ได้ | | | ถามหาเพื่อดูตรวจสอบ  ความถูกต้อง | | | |
| รวม | | | | | | |  | |  | |  | | |  | | | |
| ผลรวมคะแนน | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| สรุปผลการตรวจติดตามและประเมินผล | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| คะแนนเต็ม | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| คะแนนที่ได้ | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| คิดเป็นร้อยละ | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

**โปรดลงชื่อตัวบรรจง**

1.)...................................................................................................... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง............................................................................................

2.)....................................................................................................... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.............................................................................................

3.)....................................................................................................... ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.............................................................................................

วันที่ให้ข้อมูล .....................................................................................

1.)...................................................................................................... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน

ตำแหน่ง.............................................................................................

2.)....................................................................................................... ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน

ตำแหน่ง..............................................................................................

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน....................................................................

**หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและพี่เลี้ยง**

1. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ

อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง

2. แนวทางการทำIQC 3 การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งหากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที

3. การจัดหา IQC material ให้รพช./รพท./รพศ./คปสอ.ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต ทำ IQC ส่งผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข

4. การทำIQCของHctให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ(input &process)ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเรื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัด หรือ อาจใช้ known Control ให้ทำเป็นครั้งคราว ทำควบคู่ไปด้วยก็ได้

5. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดยรพช./รพท./รพศ./CUPเป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการและวิเคราะห์ โดยทำ EQA หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (interab Comparisons) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (สมป.รับทำ 1 ครั้งสำหรับหน่วยงานที่ได้รับการรับรองปี2557)

6. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้

6.1 การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ

6.2 การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน 3 เดือน

6.3 การสุ่มตรวจรายงานผล

6.4 การนำส่งตรวจต่อมีอุปกรณ์นำส่งที่มีฝาปิดมิดชิดและมีIce pack หรือน้ำแข็งสำหรับควบคุมอุณหภูมิ

6.5 กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ

6.6 การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care

6.7 การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)

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

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-3 เภสัชกรรม/ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คบส.)**

| **หัวข้อ** | **ประเด็นการประเมิน** | **ดี 2** | **พอใช้ 1** | **ปรับปรุง 0** | **คะแนนที่ได้** | **หลักฐาน/**  **แหล่งข้อมูล** | **หมายเหตุ/ ข้อเสนอแนะ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **บุคลากร (2 คะแนน)**  -มีเภสัชกรรับผิดชอบในการพัฒนางาน  บริการเภสัชปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 คน | -มีคำสั่งแต่งตั้ง และ  -มีแผนการปฏิบัติการ และปฏิบัติงานจริง อย่างน้อย ปีละ 4 ครั้ง | -มีคำสั่งแต่งตั้ง  -มีแผนการปฏิบัติการ และปฏิบัติงานจริงอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | -ไม่มีคำสั่ง แผนการปฏิบัติการ และไม่มีการออกปฏิบัติงานจริง |  | -มีคำสั่งแต่งตั้ง  -มีแผนการปฏิบัติการ  - สมุดเยี่ยม หรือผลปฏิบัติงาน หรือเอกสารอื่นๆ  - ฯลฯ |  |
| 2 | **คลังยาและเวชภัณฑ์ (16 คะแนน)**  2.1 มีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม  มีความมั่นคง ถาวร มีระบบป้องกันการสูญหาย  (มีกุญแจ 2 ดอก โดยมีเจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)  2.2 สถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์มีความสะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ป้องกันแสงแดดและความชื้น สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ | -ประตูมีกุญแจล็อค 2 ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอกและมีคำสั่ง มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจคนละ 1 ดอก มาพร้อมกัน)  -มีการบันทึกอุณหภูมิและ ความชื้น เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือนนับแต่วันตรวจ -ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (อุณหภูมิไม่เกิน 30 °c ความชื้นไม่เกิน 70%) -คลังยาสามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ | -ประตูมีกุญแจล็อค 2ชั้น (มีกุญแจ 2 ดอกโดยมี เจ้าหน้าที่ถือคนละดอก)  -มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น แต่ไม่เป็นปัจจุบัน อย่างน้อย 6 เดือนนับแต่วันตรวจ  -มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้นเป็นปัจจุบันแต่ไม่ผ่านเกณฑ์ | -ประตูมีกุญแจล็อค 1 ชั้น หรือ กรณีสถานที่เก็บยาและเวชภัณฑ์อยู่นอกอาคาร รพ.สต. มีแต่ประตูกระจก ไม่มีเหล็กดัด  -ยาถูกแสงแดด  -ไม่มีการบันทึกอุณหภูมิและความชื้น -คลังยาไม่สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ |  | -ประตูมีกุญแจล็อค 2 ชั้น - คำสั่งหรือบันทึกมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ถือ กุญแจคนละดอก -ไม่มีกลิ่นอับชื้น ยาไม่ถูกแสงแดด  - เครื่องวัดอุณหภูมิและ ความชื้น  -แบบบันทึกอุณหภูมิและความชื้น (กรณี PCU รพ. ประเมินที่คลังยาที่เก็บยา รพ.สต.) |  |
|  | 2.3 มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์ อย่างเหมาะสม แยกเป็นหมวดหมู่ มีป้ายชื่อยาแต่ละรายการ ไม่วางยาและเวชภัณฑ์บนพื้นโดยตรง | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง  -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง  --มีป้ายชื่อยาทุกรายการ (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | -พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง  -ไม่มีป้ายชื่อยาทุกรายการ |  | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์วางบนพื้นโดยตรง -มีป้ายชื่อยาทุกรายการ |  |
|  | 2.4 การควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์  มีบัญชีควบคุมการเบิกจ่าย (stock card)  และลงข้อมูลเป็นปัจจุบัน การเบิกจ่ายมีใบเบิก-บันทึกการจ่ายที่ถูกต้องตรงกับทะเบียนควบคุม คลังยา | -สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงทุกรายการ และ  -มีใบเบิกยาจากคลังยา และมีการลงนามครบถ้วน (ผู้เบิก ผู้จ่าย ผู้รับ ผู้อนุมัติ) และวันที่สอดคล้องกับ stock card | -สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงมากกว่า 5 รายการ  -มีใบเบิกยาจากคลังยา  (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | -สุ่มstock card นับยา 10 รายการตรงน้อยกว่า 5 รายการ  -ไม่มีใบเบิกยาจากคลังยา |  | - สุ่ม รบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ - รบ.301 หรือ stock cardรพ.สต. ข้อมูล จำนวนรับ และวันที่รับยาต้องสอด  - คล้องกับข้อมูลใบเบิกยาจาก รพ.ที่รับยาเข้าคลัง รพ.สต. |  |
|  | 2.5 การสำรองยาและเวชภัณฑ์ มียาในคลังจำนวนเพียงพอ | -ไม่มียาขาด stock ในคลังยา หรือ จุดจ่ายยา | -ยาขาด stock ไม่เกิน   2 รายการ | -ยาขาด stock เกิน   2 รายการ |  | -สุ่มรบ.301 Stock Card และตรวจนับยาในคลัง 10 รายการ หรือจุดจ่ายยา | - ยาปฏิชีวนะ  - ยาโรคเรื้อรัง  (ถ้ามี)  - และ ยา Life saving drug |
|  | 2.6ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเสื่อมสภาพหรือ หมดอายุทั้งในคลังยาและจุดบริการผู้ป่วย | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ และระบุวันเปิด วันหมดอายุ  -มีการจัดเรียงยาแบบ first expired first use | -ไม่พบยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเสื่อมสภาพ หรือหมดอายุ | -พบยาหรือเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุ |  | -สุ่มดูวันหมดอายุ และลักษณะภายนอกของ ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (สุ่ม 10 รายการ เป็นยา 7 รายการ เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา 3 รายการ) | ยา multiple dose และ ยา pre-pack  (ยาฉีด multiple dose1เดือนหลังเปิด น้ำเกลือล้างแผล 24 ชม.ยากระปุกและ ยา pre-pack 1 ปี) |
|  | 2.7 ตู้เย็นเก็บยา  2.8 ตู้เย็นเก็บวัคซีน หัวข้อการประเมิน 1.อุณหภูมิขณะตรวจ 2-8 0Cและอุณหภูมิช่องแช่แข็งอยู่ระหว่าง –15 ถึง -25 0C (เฉพาะตู้เย็นเก็บวัคซีน)  2. การจัดเก็บยาเป็นไปตามหลักวิชาการ  3. บันทึกอุณหภูมิสม่ำเสมอ เป็นปัจจุบัน 4. เทอร์โมมิเตอร์ได้มาตรฐาน มีสติ๊กเกอร์รับรองผ่านการสอบเทียบและไม่หมดอายุ  5.เก็บยาและวัคซีนเป็นสัดส่วนไม่ปะปนกันและเป็นระเบียบเรียบร้อย  6. ไม่มีอาหารและเครื่องดื่ม  7. ฝาตู้เย็นมีขวดน้ำสีหรือเติมเกลือ หรือปิดโฟม เพื่อควบคุมอุณหภูมิ | ครบทั้ง 7 ข้อ | ไม่ครบทุกข้อ  แต่ต้องมีข้อ 1,3,6 | ไม่มีข้อ 1,3,6 |  | - ตรวจสอบจาก เทอร์โมมิเตอร์ในตู้เย็น - บันทึกการวัดอุณหภูมิตู้เย็นและช่องแช่แข็ง |  |
| 3 | **งานบริการเภสัชกรรม (16 คะแนน)**  3.1 มีบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ โดยมี ยาช่วยชีวิต และมีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต ได้แก่  1. Adrenaline injection 1:1000 2. Atropine injection 1:1000  3. 0.5% calcium chloride/gluconate 4. 20% dextrose หรือ 50% dextrose 5. Furosemide injection 6. Hydrocortisone/Dexamethasone | -มีบัญชีรายการยา รพ.สต. เป็นเอกสาร หรือ ไฟล์ ที่จัดทำต่างหากจากแผนจัดซื้อยา - ไม่มีรายการยาNED หรือ มีแต่ได้รับการอนุมัติจากผู้ตรวจราชการฯ หรือ อยู่ระหว่างการขออนุมัติ (แจ้ง สสจ.แล้ว)  -มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต.และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต | -มีบัญชีรายการยา รพ.สต.  -มียาช่วยชีวิตใน รพ.สต. หรือมีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | -ไม่มีทุกข้อ |  | - บัญชีรายการยา รพ.สต. และยาช่วยชีวิต  - คู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต |  |
|  | 3.2 มีเภสัชกร/เจ้าหน้าที่รับผิดชอบการจัดยา และส่งมอบยา มีความรู้ด้านยา (โรงพยาบาลมีการจัดอบรมความรู้ด้านยาให้กับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) | -มีการจัดอบรมเรื่องยาโดย เภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง  - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต. และคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต | -มีการจัดอบรมเรื่องยาโดย เภสัชกรโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง  - มีคู่มือ/สื่อการใช้ยาใน รพ.สต.  มีคู่มือการใช้ยาช่วยชีวิต(อย่างใดอย่างหนึ่ง) | -ไม่มีทุกข้อ |  | -มีแผนการอบรม  - มีหลักฐานผ่านการอบรม เช่น หนังสือเชิญอบรม  - คู่มือการใช้ยาที่จำเป็น หรือสื่ออื่นๆ นอกเหนือจาก ยาช่วยชีวิต (อาจเป็นคู่มือฯ ของ รพ. หรือ จังหวัดก็ได้) |  |
|  | 3.3 มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา ระหว่าง รพ.สต. และ รพ. | - มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder -มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพ้ยาต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร | - มีฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา - มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยา โดยการติดสติ๊กเกอร์ หรือวิธีการอื่นใด ใน family folder -มีแนวทางหรือการออกบัตรแพ้ยาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยไปประเมินแพ้ยาต่อที่โรงพยาบาลโดยเภสัชกร (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | ไม่มีทั้ง 3 ข้อ |  | - ฐานข้อมูลผู้ป่วยแพ้ยาในคอมพิวเตอร์ หรือ ไฟล์ข้อมูล - family folder - มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย กรณีแพ้ยา |  |
|  | 3.4 ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อยา วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา, มีการระบุวันหมดอายุในซองยาแบ่งบรรจุ (Pre-pack) | -มีข้อมูลครบถ้วน | -มีข้อมูล แต่ไม่ครบถ้วน | - ไม่มีข้อมูลรายละเอียด ของยาที่ส่งมอบ |  | - ซองยา, ฉลากยา - สาธิตการจ่ายยาให้ดู |  |
|  | 3.5 มีการจัดทำเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการใช้ยา ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ปลอดภัย ได้แก่ ฉลากช่วย สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODOP | -มีฉลากช่วยในการใช้ยา  -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย | -มีฉลากช่วยในการใช้หรือ  -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัย  (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | ไม่มีทั้ง 2 ข้อ |  | -ฉลากช่วย เช่น การใช้ยาหยอดตา การใช้ ยาเหน็บ การผสมยาผงแห้ง สำหรับเด็ก -สื่อส่งเสริมการใช้ยาที่สอดคล้องกับ ODOP |  |
| 4 | งานคุ้มครองผู้บริโภค (16คะแนน)  4.1 มีการจัดทำฐานข้อมูลร้านค้า แผงลอย, จำหน่ายอาหารแปรรูป (อย.) , อาหารปรุงจำหน่าย (CFGT), อาหารสด(ป้ายทอง), ตลาดสด, เครื่องสำอางสำหรับฝ้า ผิวขาว, ยา (ร้านขายของชำ) และสถานีวิทยุในชุมชน ที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน | -มีการจัดทำฐานข้อมูลครบ ทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน (ปรับปรุงฐานข้อมูลปีละ 1 ครั้ง) | -มีการจัดทำฐานข้อมูล  - จัดทำฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน (ปีละ 1 ครั้ง)  (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | -ไม่มีการจัดทำฐานข้อมูล |  | -ทะเบียนสรุปข้อมูล คบส.ของรพ.สต. แยกรายหมู่บ้าน |  |
|  | 4.2 มีการดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังอาหารสด อาหารแปรรูป ยา และเครื่องสำอาง ในร้านค้า ตลาดสด แผงลอยในชุมชน  ประเด็นการตรวจสอบเฝ้าระวัง - อาหาร (ฉลาก, อย., ที่ตั้ง , ผู้ผลิต, วันผลิต, วันหมด -อายุ, ด้านกายภาพ,บรรจุภัณฑ์, การเก็บรักษา)  - ยาที่ห้ามขาย ได้แก่ ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะ NSAIDs ยาฉีด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ ยาหยุดถ่าย Loperamide  ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก  - เครื่องสำอาง -เครื่องสำอางที่ห้ามจำหน่าย 34 รายการที่ อย. ห้ามจำหน่าย ไม่ต้องดู lot ถ้าพบ ยี่ห้อนั้นห้ามจำหน่าย)  -เครื่องสำอางที่พบ สารห้ามใช้ที่ อย. ประกาศ (ดูเป็น lot)-ฉลากเครื่องสำอางที่ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก | -มีการดำเนินการตรวจสอบ เฝ้าระวังครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน  - มีการแก้ไขปัญหาอย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม จัดอบรม | -มีการดำเนินการตรวจสอบ  เฝ้าระวังครบทุกประเภท และเป็นปัจจุบัน  - มีการแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 1 ประเด็นปัญหา เช่น ตรวจสอบเชิงรุก ทำประชาคม  (อย่างใดอย่างหนึ่ง) | ไม่มีทั้ง 2 อย่าง |  | -สรุปผลการดำเนินงาน/ บันทึกการดำเนินงาน |  |
|  | 4.3 ร้านค้า ร้านชำ ไม่พบผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผิดกฎหมาย | -ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ทั้ง 2 ร้าน | -ไม่พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย 1 ร้าน | -พบผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายทั้ง 2 ร้าน |  | - สุ่มตรวจอาหาร และ ขนมตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย |  |
|  | 4.4 ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพ | ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อทั้ง 2 ร้าน | ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ มีองค์ความรู้ด้าน ผลิตภัณฑ์ สุขภาพครบ 3 ข้อ จำนวน 1 ร้าน หรือ มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ครบ 3 ข้อ ทั้ง 2 ร้าน | ผู้จำหน่ายในร้านค้า ร้านชำ ไม่มีองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้ง 2 ร้าน |  | - ผู้จำหน่ายร้านค้า มีความรู้เกี่ยวกับฉลากอาหาร (1).ดู อย. (2). ดูวันผลิต วันหมดอายุ ได้, (3). ทราบรายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า ตามข้อ 4.2 | รายละเอียดตามแบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า แนบท้าย |
|  | 4.5 มีการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ผิดกฎหมาย (ยาและอาหาร ) ในสถานีวิทยุ  ป้ายโฆษณา รถเร่ | -มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในสถานีวิทยุ กรณีไม่มีสถานีวิทยุ ให้เฝ้าระวังป้ายโฆษณา รถเร่ และสรุปผล/บันทึก/หลักฐานการดำเนินงาน ให้อำเภอทราบ | -มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ไม่มีสรุปผล/บันทึก/ หลักฐาน การดำเนินงานให้ รพ. หรือ สสอ. ทราบ พบเพียงหลักฐานใน รพ.สต. | -ไม่มีการดำเนินการเฝ้าระวัง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผน |  | -สรุปผลหรือบันทึก/ หลักฐานการดำเนินงาน  - แผ่นป้ายโฆษณาในชุมชน | สอบถามข้อมูลจาก ชุมชนเพื่อยืนยัน |
|  | 4.6 ร้านค้า ตลาด ที่ หรือ ทางสาธารณะไม่พบการ ปิดแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย | ไม่พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย | พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่มีการแจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ | พบแผ่นป้ายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย แต่ ไม่มีการแจ้งข้อมูลให้ รพ./สสอ. หรือ ผู้ใหญ่บ้าน/ชุมชน ทราบ |  | - สำรวจแผ่นป้ายโฆษณาที่ร้านค้า ตลาด ที่หรือทาง สาธารณะ |  |
|  | 4.7 มีการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค ได้แก่ กลุ่ม อสม. ครู/นักเรียน อย.น้อย | -มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย ทั้ง 2 กลุ่ม | -มีการจัดอบรมให้แก่กลุ่ม อสม., ครู/นักเรียน อย.น้อย กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง | -ไม่มีการดำเนินการ |  | -แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน  - สัมภาษณ์ผู้บริโภค อสม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี) | พิจารณาหลักฐานตั้งแต่ตุลาคม 2559 ถึงปัจจุบัน |
|  | 4.8 อสม. ครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ | - มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. และครูนักเรียน อย.น้อย มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกกลุ่ม | - มีโครงการหรือกิจกรรม เชิงรุก แก้ไขปัญหาการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ ที่ อสม. หรือ ครูนักเรียน อย.น้อย จำนวน 1 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการดำเนินการ | -ไม่มีการดำเนินการ |  | -แผนการดำเนินงาน ประจำปี/สรุปผลงานหรือ หลักฐานการดำเนิน  - สัมภาษณ์ผู้บริโภค อสม. ครู นักเรียน อย.น้อย (ถ้ามี) | พิจารณาหลักฐานตั้งแต่ตุลาคม 2559 ถึงปัจจุบัน |

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-3 เภสัชกรรม/ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข : แบบบันทึกการสุ่มตรวจร้านค้า**

**\*\*\*(เอกสารแนบท้ายประกอบการประเมินงานเภสัชกรรม/คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข)**

ชื่อ-นามสกุล ผู้ประกอบการ........................ที่อยู่เลขที่......หมู่ที่.......ถนน............ตำบล.................อำเภอ............

**1. การตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องสำอาง**

| **ประเด็น** | **ตรวจ (รายการ)** | **พบไม่ถูกต้อง (รายการ)** | **ชื่อทางการค้าผลิตภัณฑ์ที่พบไม่ถูกต้อง** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. อาหารที่ไม่มี อย. 10 ชนิด ได้แก่ นม นมเปรี้ยว ไอศกรีมน้ำดื่ม เครื่องดื่มในภาชนะ บรรจุที่ปิดสนิท ซอส น้ำปลา เครื่องปรุงรส อาหารกระป๋อง ขนมปัง/เบเกอรี่ ที่มาจากแหล่งผลิตนอกอำเภอหรือไม่ทราบแหล่งที่มา |  |  |  |
| 2. อาหารตามข้อ 1 ที่ฉลากไม่มีวันเดือนปีผลิต/หมดอายุ |  |  |  |
| 3. ขนม/อาหารที่มีลักษณะกายภาพ/บรรจุภัณฑ์/  การเก็บรักษาไม่ถูกต้อง/เสื่อมสภาพ หมดอายุ |  |  |  |
| 4. ยาห้ามขาย(ยาสเตียรอยด์ ยานอนหลับ ยาปฏิชีวนะNSAIDs ยาฉีด ยาโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน หัวใจ  ยาหยุดถ่าย Loperamide ยาน้ำแก้หวัดไอสำหรับเด็ก) |  |  |  |
| 5. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย.ห้ามขาย  ขาย 34 รายการ |  |  |  |
| 6. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ อย. ประกาศผลตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้ (ตามรายการที่กำหนด) |  |  |  |
| 7. เครื่องสำอางสำหรับฝ้า หน้าขาว ที่ฉลากไม่ถูกต้อง(ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีฉลาก ไม่มีเลขที่ใบรับแจ้ง 10 หลัก) |  |  |  |
| 8. แผ่นป้ายโฆษณาอาหาร เครื่องดื่ม ยาที่ผิดกฎหมาย(1.อาหาร/เครื่องดื่ม โฆษณาสรรพคุณป้องกันรักษาโรค  2. ยา โฆษณารักษาเบาหวาน มะเร็ง อัมพาต หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ไต บำรุงกาม คุมกำเนิด โฆษณาสรรพคุณยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ หรือโฆษณาชิงโชค ส่งกล่องยารับรางวัล) |  |  |  |

**2. การทดสอบความรู้ผู้จำหน่าย** - ดูเครื่องหมาย อย.บนฉลาก อาหาร ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

- ดูวันผลิต วันหมดอายุในฉลากอาหาร ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

- รายการยาที่ห้ามขายในร้านค้า รู้ ไม่รู้

ลงชื่อ...................................... ผู้ประกอบการร้านค้า

ลงชื่อ........................................ผู้ตรวจประเมิน

ลงชื่อ.........................................ผู้ตรวจประเมิน

**รายการเครื่องสำอางสำหรับฝ้า 34 รายการที่ห้ามขายตาม  
ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กำหนดชื่อเครื่องสำอางที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย  
ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2552 และ ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2552**

1. BEANNE บีแอน ครีมไข่มุกตราแตร
2. แอนตี้-ฟาร์ ครีม
3. แอนตี้-ฟาร์ โลชั่นกันฝ้า ปรับผิว
4. ROSE ครีมขจัดฝ้า
5. FAR-ACT ครีมรักษาฝ้า
6. CN คลินิก 99
7. ครีมฝ้าเมลาแคร์
8. โลชั่นกันแดด กันฝ้า เมลาแคร์
9. ครีมวินเซิร์ฟ
10. โลชั่นวินเซิร์ฟ ลดฝ้ากันแดด
11. MUI LEE HIANG PEARL CREAM
12. เอสจี โลชั่นปรับสภาพผิว
13. เลนาว ครีมบำรุงผิวหน้ากลางคืน
14. NEW CARE นิวแคร์ ครีมประทินผิว
15. NEW CARE นิวแคร์ โลชั่นปรับสภาพผิว
16. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอยหมองคล้ำ
17. 3 ทรีเดย์ ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
18. 3 ทรีเดย์ เนเชอรัล ครีมทาสิว
19. 3 ทรีเดย์ เนเชอรัล โลชั่นป้องกันแสงแดด
20. พรีม ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน ครีมลดริ้วรอย
21. พรีม ไบรเทน แอนด์ รีไวเทน โลชั่นป้องกันแสงแดด
22. มิสเดย์ ครีมแก้สิว
23. มิสเดย์ ครีมแก้ฝ้า
24. พอลล่า ครีมทาสิว
25. พอลล่า ครีมทาฝ้า
26. พอลล่า โลชั่นกันแดดรักษาฝ้า
27. ครีมชาเขียว DR. JAPAN
28. ครีมชาเขียว MISS JAPAN
29. ชิชาเดะ ครีมหน้าขาว โสมผสมไข่มุกญี่ปุ่น
30. ครีมบัวหิมะ หลิง หลิง
31. ครีม QIAN MEI
32. ครีม QIAN LI
33. ครีม CAI NI YA
34. ครีม JIAO LING

ข้อเสนอแนะ (ผู้ประเมิน)

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

**หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมาภิบาลและการวางแผนกลยุทธ์**

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

**ผนวก ง-4 IT**

ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล (25 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยช์ (25 คะแนน)

**ส่วนที่ 1 ระบบคุณภาพข้อมูล (25 คะแนน)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็น** | **การประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| 1.1 การจัดการระบบบันทึกข้อมูล (10 คะแนน) | 1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลบริการของ รพ.สต.มีประสิทธิภาพและปรับปรุงเป็นปัจจุบัน  2. บันทึกข้อมูลบริการ (OP) ขณะให้บริการหรือบันทึกเสร็จสิ้นภายในวันที่ให้บริการโดยสุ่มข้อมูลบริการ (ตุลาคม 2559 – สิ้นเดือน ก่อนการประเมิน)และตรวจนับร้อยละการบันทึกข้อมูลจากตาราง Vist ของ JHICS หรือตาราง ovst ของ HOSXP PCU  - ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน  - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน  - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน  - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน | 2  8 |  |
| 1.2 การตรวจสอบและการจัดส่งข้อมูล (7 คะแนน) | 1. มีการจัดส่งข้อมูล 43 แฟ้มสม่ำเสมอ  - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อเดือน = 1 คะแนน  - ส่งข้อมูล 1 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 คะแนน  - ส่งข้อมูลทุกวัน = 5 คะแนน  2. มีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนส่งให้อำเภอ/จังหวัดอย่างต่อเนื่อง มีเอกสารหรือข้อมูลประกอบการตรวจสอบข้อมูล  - มีการตรวจแต่ไม่มีเอกสาร = 1 คะแนน  - มีการตรวจและมีเอกสาร = 2 คะแนน | 5  2 |  |
| 1.3 คุณภาพของข้อมูล (8 คะแนน) | ข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่านการตรวจคุณภาพด้วยโปรแกรม OPPP-2010 (ตุลาคม 2559-ปัจจุบัน  - น้อยกว่าร้อยละ 70 = 2 คะแนน  - ร้อยละ 70-79 = 4 คะแนน  - ร้อยละ 80-89 = 6 คะแนน  - ร้อยละ 90-100 = 8 คะแนน  สุ่มตรวจ 1 เดือน (ตุลาคม 2559 – เดือนก่อนการประเมิน) | 8 |  |
| **รวม** | | 25 |  |

**ส่วนที่ 2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (25 คะแนน)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ประเด็น** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนได้** |
| 1. มีเครื่องคอมพิวเตอร์เพียงพอต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคนใน รพ.สต. และพร้อมใช้งาน ทั้งคอมพิวเตอร์ Notebook และ PC (ไม่รวมเครื่องส่วนตัว) (ประเมินจากสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อเครื่องคอมพิวเตอร์โดยไม่นับรวมเรื่องแม่ข่าย  - น้อยกว่า 1:0.0.50 = 1 คะแนน - 1:0.50 – 0.59 = 2 คะแนน  - 1:0.60 – 0.69 = 3 คะแนน - 1:0.70 – 0.79 = 4 คะแนน  - 1:0.80 – 0.89 = 5 คะแนน | 5 |  |
| 2. มีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server) หรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จัดเก็บข้อมูลเฉพาะ  - ไม่มี = 0 คะแนน  - มีเครื่อง PC ที่สามารถรับระบบฐานข้อมูลได้ ใช้เฉพาะกับฐานข้อมูล และไม่ใช้งานอื่น = 3 คะแนน  - มี = 5 คะแนน | 5 |  |
| 3. มีการสำรองฐานข้อมูลตามโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล บริการของ รพ.สต.  - มีสำรองข้อมูลทุก 30 วัน = 1 คะแนน  - มีสำรองข้อมูลทุก 15 วัน = 2 คะแนน  - มีสำรองข้อมูลทุก 7 วัน = 3 คะแนน  - มีสำรองข้อมูลทุกวัน = 4 คะแนน  - มีสำรองข้อมูลทุกวันบนอุปกรณ์ และเก็บรักษาไว้ที่ปลอดภัย สามารถเรียกใช้ได้ = 5 คะแนน | 5 |  |
| 4. มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องคอมพิวเตอร์ และแผนรองรับเมื่อเครื่องมือมีปัญหา  4.1 มีแผนการดูแลรักษา และแก้ไขปัญหา (ทำ Flow Chart)  -ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน  4.2 มีโปรแกรม แอนตี้ไวรัสแท้ที่สามารถตรวจจับได้สำหรับเครื่อง Sarver ยกเว้นระบบปฏิบัติการ Linux  - ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน  4.3 มีเครื่องสำรองไฟฟ้า (Ups) ที่ใช้ได้สำหรับเครื่องแม่ข่าย  -ไม่มี = 0 คะแนน - มี 2 คะแนน | 6 |  |
| 5. มีการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการระบบข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ  - ไม่มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ = 0 คะแนน  - มีการจัดอบรมพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง = 2 คะแนน | 2 |  |
| 6. มีระบบการรักษาความลับและป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลในบริการข้อมูลและสารสนเทศ  - ไม่มีระบบ = 0 คะแนน  - มีระบบการรักษาความลับของข้อมูล = 2 คะแนน | 2 |  |
| **รวม** | 25 |  |

**ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน (25 คะแนน)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ประเด็น** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| 1. มีข้อมูลสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ตามประชากร 5 กลุ่มวัย  - กลุ่มเด็กปฐมวัย (๐ – 5 ปี)  - กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี)  - กลุ่มวัยรุ่น (15 – 21 ปี)  - กลุ่มวัยทำงาน (21 – 59 ปี)  - กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (6๐ ปี ขึ้นไป)  มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 1 – 2 กลุ่มวัย = 3 คะแนน  มีข้อมูลปัญหาสุขภาพ 3 – 5 กลุ่มวัย = 6 คะแนน | 6 |  |
| 2. มีแผนงานโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพตามการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน  - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 2 ลำดับปัญหา = 3 คะแนน  - มีแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพครอบคลุม 3 - 5 ลำดับปัญหา = 6 คะแนน | 6 |  |
| 3. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการที่ใช้แก้ไขปัญหาสุขภาพ  -มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 2 โครงการ = 3 คะแนน  - มีการสรุปแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาสุขภาพ 3 - 5 โครงการ = 6 คะแนน | 6 |  |
| 4. มีการทบทวนและประเมินผลงานตามตัวชี้วัดของการดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง  - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ต่ำกว่าร้อยละ 70 = 3 คะแนน  - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 71 - 80 = 5 คะแนน  - มีผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโครงการ ร้อยละ 81 ขึ้นไป = 7 คะแนน | 7 |  |
| **รวม** | 25 |  |

**ส่วนที่ 4 การจัดการความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์ (25 คะแนน)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ประเด็น | คะแนนเต็ม | คะแนนได้ |
| 1. มีการทบทวนข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่มาวางแผนแก้ไขปัญหา  เช่น ข้อมูลปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย ข้อมูลตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุตามเป้าหมาย | 5 |  |
| 2. มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย | 5 |  |
| 3. มีวิธีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน | 5 |  |
| 4. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย | 5 |  |
| 5. ชุมชนสามารถใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้ | 5 |  |
| **รวม** | 25 |  |

**หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย**

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

| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **แนวทางการพิจารณา** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | **2.1 การได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน (ODOP) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลผู้รับบริการ** | **(2)** |  | สัมภาษณ์กระบวนการได้มาซึ่งปัญหาของชุมชน(ODOP)/วิธีการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน /การบันทึกประเด็นปัญหา | ODOP (One District One Project/Program) หมายถึงประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ที่เป็นปัญหาร่วมและมีการแก้ไขปัญหาทุกภาคส่วน คำว่า One District One Project ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (trigger)เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆและประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ |
| **ทราบความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการ (Health Need)ประเด็น ปัญหาหรือประเด็นที่ต้องพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับ มีกระบวนการ (ประชุม/ ประชาคม/ เรื่องเล่า/ CBL/ SRM/ ธรรมนูญสุขภาพ) อย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีการนำฐานข้อมูลมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ** |  |  |
| - ไม่มีการค้นหาความต้องการของประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) | 0 |  |
| - ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แต่ไม่มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ | 1 |  |
| - ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน (ODOP) มีฐานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการนำมาจัดทำแผนงานโครงการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ | 2 |  |
| **2.2 ประสานงานภายในเครือข่าย** | **(2)** |  |  | “**การประสานงาน” หมายถึง** การจัดระเบียบวิธีการทำงาน เพื่อให้งานและเจ้าหน้าที่ฝ่าย ต่างๆ ร่วมมือปฏิบัติงานเป็นหนึ่งเดียวกันเพื่อลดความขัดแย้งในการทำงาน ดำเนินไปด้วยความราบรื่นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการทำงานร่วมกันหรือการติดต่อสื่อสารให้เกิด ความคิด ความเข้าใจตรงกันในการร่วมมือปฏิบัติงานให้สอดคล้อง ทั้งเวลา และกิจกรรมที่จะต้องกระทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพเพื่อให้งานดำเนินไปด้วยความราบรื่น |
| **มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพสต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม** |  |  |
| - ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารภายใน คปสอ. และ รพ.สต. ภายในเครือข่าย | **0** |  |
| - มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม | 1 |  |
| **หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | - มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ รพ.สต. ในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม | 2 |  |
| **2.3 ประสานงานภายนอก และภาคีเครือข่าย** | **(2)** |  |  |
| **มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม** |  |  |
| - ไม่มีการจัดช่องทางการสื่อสารกับภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ | **0** |  |
| - มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แต่บุคลากรไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม | 1 |  |
| - มีการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานภายนอกและภาคีเครือข่าย เช่น สถานบริการสาธารณสุขนอกเครือข่าย อปท. ชุมชน หน่วยงานอื่น ฯลฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการการสื่อสารประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม | 2 |  |
| **2.4 บทบาทของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม** | **(2)** |  | สัมภาษณ์/สอบถามการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย/ภาพถ่ายหลักฐานในดำเนินงานร่วมกัน/ระบบงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและบทบาทของภาคีเครือข่ายต่างๆที่มาร่วมในการดำเนินการ | **การมีส่วนร่วม หมายถึง** กระบวนการ ที่ทำให้บุคคลสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้ต้องไม่ใช่การกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอกหรือองค์กรที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมใน ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน |
| **ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม** |  |  |
| - ชุมชน ภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบดูแลสุขภาพ | 0 |  |
| **หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | - ชุมชมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่เกิดระบบและยังไม่มีการประเมินผลที่เกิดกับสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม | **1** |  |  |
| - ชุมชน ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพ ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล มีการจัดระบบดูแลสุขภาพอย่างบูรณาการ ส่งผลให้ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม | 2 |  |
| **2.5 ความสัมพันธ์ความพึงพอใจ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย และการจัดการข้อร้องเรียน** | **(2)** |  | สอบถามวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน/ผลการประเมินความพึงพอใจ/การวิเคราะห์ผล/การปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และปรับปรุงในประเด็นที่ไม่พึงพอใจ | ความพึงพอใจ หมายถึงความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะมีความคาดหมายกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีจะมีความพึงพอใจมากแต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่ง เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจไว้ว่าจะมีมาก |
| **มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร**  **เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียน มีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไข**  **อย่างได้ผลและทันท่วงที ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร** |  |  |
| - ไม่มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และการวัดความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และไม่มีการจัดการข้อร้องเรียน | 0 |  |
| - มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากร  เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจ  มีการติดตามข้อมูลมีกลไกที่ชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนแต่ไม่มีกระบวนการการจัดการข้อร้องเรียนและนำไปพัฒนาองค์กร | 1 |  |
| - มีวิธีการสร้างความสัมพันธ์กับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีการวัดความคิดเห็น การยอมรับ ความพึงพอใจและไม่พอใจมีการติดตามข้อมูล มีกลไกที่ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลหรือขอรับบริการหรือร้องเรียนมีกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ/ | 2 |  |
| ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันท่วงที ลดความไม่พึงพอใจมีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร |  |  |
| **รวมคะแนน** | | **10** |  |  |  |

**หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล**

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

| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **แนวทางการพิจารณา** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หมวด 3**  **การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล**  **หมวด 3**  **การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล** | **3.1. การจัดระบบ การบริหารงาน การสรรหาและความก้าวหน้าในการงาน (ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2)** | **(1)** |  | สัมภาษณ์/สอบถาม /เอกสารในการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากร/แนวทางการสรรหาบุคลากร | **“ระบบงาน” หมายถึง** วิธีการจัดโครงสร้างและระบบการทำงานของบุคลากรในองค์กร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุพันธกิจและเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์  **การจัดระบบการบริหารงาน หมายถึง**  การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิด ความร่วมมือ ความคิดริเริ่ม การกระจายอำนาจการตัดสินใจ นวัตกรรม ความคล่องตัว และทันต่อความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอยู่เสมอ (การจัดระบบงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) |
| **มีการจัดระบบบริหารบุคลากรรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตามภาระหน้าที่โดยกำหนดความรับผิดชอบ**  **อำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติ**  **เฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้**  **มีวิธีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรในการปฏิบัติตามบทบาทภารกิจที่ต้องการ มีวิธีการสรรหา ว่าจ้าง และรักษา บุคลากรได้ตรงตามความต้องการ มีวิธีการสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากรอย่างเป็นธรรม และมีแผนการพัฒนาบุคลากร** |  |  |
| - ไม่มีการจัดระบบบริหารบุคลากร ไม่มีแผน การจ้างงานและความก้าวหน้า | 0 |  |
| - มีการจัดระบบบริหารบุคลากร มีแผนการจ้างงานและความก้าวหน้า | 1 |  |
| **3.2 การสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร *(ใช้ประเมินในส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 3)*** | **(1)** |  | ผลการประเมินความพึงพอใจ/สัมภาษณ์วิธีการสร้างความผูกพัน ความพึงพอใจ และความผาสุกของหน่วยงาน | ความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งานพันธกิจ และวิสัยทัศน์ ขององค์กรบรรลุผล ความผูกพัน อาจหมายถึง การผูกใจบุคลากร หรือใช้คำว่า “ ร่วมด้วย ช่วยกัน” การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทน การสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม บุคลากรที่มีความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จ ของงาน  ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ควรพิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริหาร การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน |
| **มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ** |  |  |
| - ไม่มีการสร้างความผาสุกและความพึงพอใจแก่บุคลากร | 0 |  |
| - มีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงานจัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผาสุก ความพึงพอใจ และแรงจูงใจใน การ ปฏิบัติงานที่ดี สร้างความปลอดภัยต่อผู้ ให้บริการและผู้รับบริการ | 1 |  |  |
| **หมวด 3**  **การมุ่งเน้น ทรัพยากร บุคคล**  **หมวด 3**  **การมุ่งเน้น ทรัพยากรบุคคล** | **3.3 ระบบการพัฒนาและ การเรียนรู้ของบุคลากร *(ใช้ประเมินในส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3)*** | **(1)** |  | พิจารณาจากผลการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคน และผลการดำเนินงานขององค์กร/สัมภาษณ์รูปแบบและวิธีการสร้างการเรียนรู้ของบุคลากร/การจัดการเรื่องความก้าวหน้าของบุคลากร | การพัฒนาและการเรียนรู้ หมายถึง การวิจัย และพัฒนา การประเมินและปรับปรุงวิธีการทำงาน การแลกเปลี่ยนวิธีการทำงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking)  รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจทำได้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร อาจเป็นการฝึกอบรมระหว่างการปฏิบัติงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหรือนอกองค์กร |
| **จัดให้มี ระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มีการค้นหาความจำเป็น และความต้องการในการฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับพันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนาตาม ที่กำหนด** |  |  |
| - ไม่มีระบบการพัฒนาและการเรียนรู้ของบุคลากร | 0 |  |
| - จัดให้มีระบบการเรียนรู้ของบุคลากร มีการค้นหา ความจำเป็น และความต้องการในการฝึกอบรม การจัดทำแผนพัฒนา และดำเนินการพัฒนาบุคลากร ให้สอดคล้องกับ พันธกิจ รวมทั้งการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานการ พัฒนาตาม ที่กำหนด | 1 |  |
| **3.4 ระบบการ ประเมินผล การปฏิบัติงานของบุคลากร *(ใช้ประเมินในส่วนที่ 3)*** | **(1)** |  | **พิจารณาจาก**  **1.** ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน  **2.**ทำข้อตกลงในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งถ่ายทอดตัวชี้วัดระดับองค์กรสู่ระดับบุคคล (Individual Scorecard) โดยผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา 3)คณะกรรมการพิจารณากลั่นกรองผลการประเมินเพื่อให้เกิดมาตรฐานและความ เป็นธรรม4) หลักเกณฑ์การประเมินและผลการประเมินให้บุคลากรรับทราบ 5) ผู้บังคับบัญชานำผลการประเมินไปพิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือน ให้รางวัลจูงใจ และ การบริหารงานบุคคลเรื่องอื่น ๆ และการนำผลการประเมินแจ้งกลับไปยังบุคลากร รวมถึงการนำไปใช้ ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคลากรเพื่อให้มีการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน และพัฒนาขีด สมรรถนะและผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานดียิ่งขึ้น |  |
| **มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุ คลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสา ร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่องชมเชย การให้รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** |  |  |
| * ไม่มีระบบการประเมินผล การ ปฏิบัติงานของบุคลากร | 0 |  |
| - มีการจัดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีการสื่อสาร แจ้งผลการประเมินให้บุคลากรทราบ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงการทำงาน มีแนวทางในการยกย่องชมเชย การให้ รางวัล และสิ่งจูงใจเพื่อสนับสนุนให้บุคลากร มีขวัญ กำลังใจ มีการทำงานที่มีประสิทธิผล มีจิตสำนึกในการ ทำงานที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ และความต้องการของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | 1 |  |
| **หมวด 3**  **การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล** | **3.5 ประชา ชนและครอบ ครัวมีศักยภาพใน การดูแลสุข ภาพตนเอง ( self care) *(ใช้ประเมินในส่วนที่ 4)*** | **(2)** |  | พิจารณาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผู้รับบริการ (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การลดอาหาร)  พฤติกรรที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน /การดำเนินการในการดูแลสุขภาพของชุมชน | การดูแลสุขภาพตนเอง **( self care)**  หมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคน หรือการปกป้อง ปกครองตนเอง  การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบ ค้นหาโรคและการรักษาขั้นตอนด้วยตนเอง  **เพนเดอร (**Pender, 1987 :150) กล่าวว่าการดูแลตนเอง  เป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน |
| **มีการประ เมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัว ในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งใน สถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูล สุขภาพไปพัฒนาระบบ บริการได้** |  |  |
| - ไม่มี การประเมิน | 0 |  |
| - มีการ ประเมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน | 1 |  |
| **-** มีการประ เมินศักยภาพของประชาชนและครอบครัวใน การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ที่สอดคล้อง กับปัญหาสุขภาพ การบริการทั้งในสถานบริการและชุมชน สามารถนำข้อมูลสุขภาพไปพัฒนาระบบบริการได้ | 2 |  |
| **รวมคะแนน** | | **6** |  |  |  |

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

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

**จัดให้มีระบบงานและกระบวนการบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมการบริการที่สร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนการให้บริการดังกล่าวเพื่อให้บรรลุผลและครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย**

| **เกณฑ์** | **รายการตรวจประเมิน** | | | | | | | | | | | | | | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** | **แนวทางการพิจารณา** | **คำชี้แจง/**  **คำนิยาม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ฐานข้อมูลผู้รับบริการ**  **ตรงตาม**  **กลุ่มวัย**  **(ประเมินจากเอกสารหรือ Electronic file)** | | **ช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก เชิงรับ และช่องทางการสื่อสาร**  **(โทรศัพท์, Line, สื่อประชาสัมพันธ์) (ประเมินจากเอกสาร)** | | **Flow chart การบริการ**  **ของ FCT**  **ทุกระดับ เชื่อมโยงกับ**  **แม่ข่ายและชุมชน** | | **CPG**  **รายบริการที่สนับสนุนจากแม่ข่าย**  **(ไม่เกิน 5 ปี)**  **และระบบ**  **ส่งต่อ** | | **เครื่องมือที่สอดคล้องกับ**  **การบริการ**  **(การบำรุง รักษา หมุนเวียน)**  **(ประเมินจากแบบประเมินภาคผนวก)** | | **บุคลากรสามารถให้บริการได้สอดคล้องกับการบริการ**  **(สัมภาษณ์)** | | **การลงข้อมูล (Electronic file) ที่ให้บริการ/**  **Family Folder**  **(ตามบริบทสถานบริการ)** | |
| **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** |  |  |
| **4.1 จัดบริการตามสภาพปัญหาชุมชน (ODOP)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (1) |  | สัมภาษณ์/ ตามรอยการให้บริการตามประเด็น ODOP | การจัดบริการตามสภาพปัญหาของชุมชน (ODOP) หมายถึง การจัดบริการที่สอดคล้องกับประเด็น ODOP |
| **ODOP.................................................................................................**  ***(ติดตามประเมินทุกข้อตามประเด็นปัญหาของพื้นที่)*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่ )** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (7) |  | สัมภาษณ์/ ตามรอยการให้บริการในสถานบริการตามแผนกต่างๆเช่น OPD, ER ฯลฯ | การให้บริการในสถานบริการ หมายถึง การจัดบริการภายในหน่วยบริการที่จัดไว้สำหรับให้บริการผู้ป่วย ผู้รับบริการ |
| **4.2.1 OPD** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.2.2 ER** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.2.3 ANC** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.2.4 WCC** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.2.5 NCD** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| **4.2.6 แผนไทย** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.2.7 ทันตกรรม** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.3 การบริการในชุมชน**  **(บทบาท เจ้าหน้าที่ / อสม./ กสค./ อสค./ ญาติผู้ป่วย)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (2) |  | สัมภาษณ์ / ตามรอยกระบวนการให้บริการแก่ผู้ป่วยผู้รับบริการในชุมชน | การบริการในชุมชน หมายถึง บริการที่จัดไว้ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ และชุมชนโดยออกไปให้บริการในชุมชน |
| **4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/**  **Palliative care** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |
| **4.3.2 SRRT : Surveillance and Rapid Response Team** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1 |  |

**หมายเหตุ การให้คะแนน คือ มีครบทุกข้อได้ 1 คะแนน**

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

**ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)**

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

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต/**  **เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** |
| ชุดสำหรับตรวจที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้ |  |  |  |
| (1)  หูฟัง |  |  |  |
| (2)  เครื่องวัดความดันเลือด *(สำหรับการประเมิน NCD ด้วย)* |  |  |  |
| (3)  เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก |  |  |  |
| (4)  ไม้กดลิ้น |  |  |  |
| (5)  ไฟฉาย |  |  |  |
| (6)  อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย |  |  |  |
| (7)  ไม้เคาะเข่า |  |  |  |
| (8)  อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง |  |  |  |
| (9) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก |  |  |  |
| (10)  อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen’s Chart / E – Chart) |  |  |  |
| (11) ตู้เย็น สำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็น การบันทึกข้อมูล ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล แนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณี ไฟดับ หรือล้างทำความสะอาดตู้เย็น ถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอกสถานที่ ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนยาออกนอกพื้นที่ เป็นต้น |  |  |  |
| (12) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับตู้เย็น ต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิตู้เย็น การเทียบเคียง เป็นต้น |  |  |  |
| (13) เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว DTX (สำหรับการประเมิน NCD) |  |  |  |

**หมายเหตุ** 1. การประเมิน OPD

- OPD (มี 1 - 12) =มี

- OPD ขาดข้อใดข้อหนึ่ง (1 - 12) = ไมมี

2. การประเมิน NCD

- NCD (มี 1 - 13) =มี

- NCD ไม่มี 2 หรือ 13 หรือไม่มีทั้งคู่ = ไม่มี

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

**ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)**

**ประเด็น : 4.2.2 ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)**

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต/**  **เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** |
| 1. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน |  |  |  |
| 1.1 เครื่องมือช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่ |  |  |  |
| 1.1.1 ท่อหายใจทางปาก (oral airway # 1 x No.2, No.3, No.4) |  |  |  |
| 1.1.2 ชุดอุปกรณ์กู้ชีพประกอบด้วย Ambulatory Bag พร้อม Re-breathing Mask (ในกรณีที่มีขีดความสามารถเพียงพอควรมี Endotracheal Tube และ Laryngoscope ด้วย) และรายงานการทดสอบความพร้อมของเครื่องมือ การบำรุงรักษาเครื่องมือ |  |  |  |
| 1.2 กระดานรองหลังสำหรับทำ CPR |  |  |  |
| 2. ชุดผ่าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น |  |  |  |
| 3.  ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear |  |  |  |
| 4. ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์การให้ออกซิเจน |  |  |  |
| 5. มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐาน และมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง วิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ |  |  |  |

**หมายเหตุ** - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

**ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)**

**ประเด็น : 4.2.3 เกณฑ์มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (ANC)**

**(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)**

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** |
| อุปกรณ์ในการให้บริการครบถ้วนและพร้อมใช้ |  |  |  |
| 1. เครื่องชั่งน้ำหนัก |  |  |  |
| 2. วัดส่วนสูงเครื่องวัดความดันแบบปรอท  (ใช้สำหรับผู้ที่มีประวัติความดันโลหิตสูง) |  |  |  |
| 3. หูฟัง |  |  |  |
| 4. เครื่อง Droptone |  |  |  |
| 5. สายวัดระดับมดลูก |  |  |  |
|  |  |  |  |

**หมายเหตุ** - ครบทุกข้อ = มี

- ไม่มี Droptone = ไม่มี

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

**ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)**

**ประเด็น : 4.2.4 มาตรฐานคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC)**

**(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)**

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** |
| 1. วัสดุและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่น หนังสือนิทาน หนังสือรูปภาพ เอกสาร แผ่นพับ |  |  |  |
| 2. เครื่องชั่งน้ำหนัก |  |  |  |
| 3. ชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก |  |  |  |
| 4. วัดความยาว/ส่วนสูง |  |  |  |
| 5. วัดรอบศีรษะ |  |  |  |

**หมายเหตุ** - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

- ขาดชุดตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก = ไม่มี

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

**ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)**

**ประเด็น : 4.2.6 แผนไทย (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)**

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต/**  **เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** |
| เครื่องมือ เครื่องใช้ สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้ |  |  |  |
| 1. เครื่องวัดความดันโลหิต |  |  |  |
| 2. อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง |  |  |  |
| 3. เครื่องฟังตรวจ (stethoscope) |  |  |  |
| 4. เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ |  |  |  |
| 5. ไฟฉาย |  |  |  |
| 6. ไม้กดลิ้น |  |  |  |
| 7. ไม้เคาะเข่า |  |  |  |
| 8. สายวัด |  |  |  |
| 9. ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น |  |  |  |
| 10. ถุงมือยาง |  |  |  |
| 11. ผ้าปิดจมูก |  |  |  |

**หมายเหตุ** - มีครบทุกข้อ (1 – 11) = มี

- มีข้อ 1 – 7 = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 7 = ไม่มี

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

**ข้อ 4.2 การบริการในสถานบริการ (บทบาทเจ้าหน้าที่)**

**ประเด็น : 4.2.7 ทันตกรรม (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)**

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต/**  **เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | ไม่มี |
| (1) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐาน และมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ |  |  |  |
| (2) มียูนิตทำฟัน ทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบ ดังนี้ |  |  |  |
| 2.1 ระบบแสงสว่าง โดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน |
| 2.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด |
| 2.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง |
| (3) มีเครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler) |  |  |  |
| (4) มีเครื่องปั่นอมัลกัม |  |  |  |
| (5) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสง สำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (light curing unit) |  |  |  |
| (6) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ |  |  |  |
| (7) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์ |  |  |  |
| (8) มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ |  |  |  |
| **รวม 8 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)** |  |  |  |

**หมายเหตุ** 1. \*\*\* เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้ ขาดอันใดอันหนึ่งใน 1 – 6 = ไม่มี

2. มี 1 – 8 = มี

3. มี 1 – 6 = มี

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

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

**ประเด็น : 4.3.1 การบริการที่บ้าน LTC/** **Palliative care**

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

**หมายเหตุ** - LTC มีข้อ 1 – 8 = มี

- LTC ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 1 – 8 = ไม่มี

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

- Palliative care ขาดข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 9 – 11 = ไม่มี

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

**หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย**

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

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

**(เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน)**

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** |
| อุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโรคที่พบบ่อย |  |  |  |
| 1. อาหารเลี้ยงเชื้อ (Carry Blair) สำหรับเก็บเพาะเชื้อจากตัวอย่างอุจจาระ (Rectal Swab Culture) |  |  |  |
| 2. กระดาษกรองซับเลือด เพื่อส่งตรวจไข้เลือดออก |  |  |  |
| 3. ตลับเก็บ fresh stool เมื่อมีผู้ป่วย Acute Flaccid Paralysis : AFP |  |  |  |
| 4. ขวด Sterile เก็บสิ่งที่ผู้ป่วยอาเจียน หรือไอ |  |  |  |

**หมายเหตุ** - ครบทุกข้อ = มี

- ขาดข้อใดข้อหนึ่ง = ไม่มี

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

**5.1 บทบาทของบุคคลและครอบครัวในการูแลตนเอง (Self Care)**

**ผู้ที่ให้ข้อมูล □ กสค./อสค. □ ผู้รับบริการ**

| **เกณฑ์การตรวจประเมิน** | **ผลการตรวจสอบ** | | **ข้อสังเกต/**  **เงื่อนไขการปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| 1. ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างไร |  |  |  |
| 2. ท่านดูแลและแนะนำเพื่อเสริมสร้างสุขภาพแก่คนในครอบครัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมออย่างไร |  |  |  |
| 3. ท่านได้รับความรู้เพิ่มเติมจาก อสม. ผู้รับผิดชอบละแวกบ้านเป็นประจำอย่างไร |  |  |  |
| 4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน อย่างไร |  |  |  |
| 5. ท่านเสนอแนะความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงพัฒนาครัวเรือนและหมู่บ้านของท่านต่อ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างไร |  |  |  |
| 6. ท่านมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3 อ 2 ส อย่างไร |  |  |  |
| 7. ท่านแนะนำให้คนในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ 3อ2ส อย่างไร |  |  |  |
| 8. ท่านมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังลด ละ เลิกบุหรี่หรือสุรา อย่างไร |  |  |  |
| 9. ท่านคอยเตือนคนในครอบครัวให้ไปรับวัคซีนตามระยะเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร |  |  |  |
| 10. ท่านมีการให้คำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้ครอบครัว หรือผู้ที่ต้องดูแลเด็กพาเด็กไปตรวจพัฒนาการตามเวลาอย่างไรและมีคำแนะนำให้ครอบครัวที่มีเด็กพัฒนาการล่าช้ากระตุ้นพัฒนาการที่บ้านอย่างไร |  |  |  |
| 11. ท่านแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตรงตามเวลาที่กำหนดไว้อย่างไร |  |  |  |
| 12. ท่านประเมินความสามารถและแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้สุขภาพเป็นหลัก อย่างไร |  |  |  |
| 13. ท่านดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการ 3 อ เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างไร |  |  |  |
| 14. ท่านแนะนำผู้สูงอายุให้ดูแลรักษาสุขภาพฟันตามหลักสุขบัญญัติ 10 ประการ อย่างไร |  |  |  |
| 15. ท่านแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (น้ำตาลต่ำ/น้ำตาลสูง) ความดันโลหิตสูงอย่างไร |  |  |  |
| 16. ท่านสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุได้อย่างถูกต้องอย่างไร |  |  |  |
| 17. ท่านสามารถเช็ดตัวลดไข้แก่ผู้ที่มีไข้สูงได้อย่างถูกต้องอย่างไร |  |  |  |
| 18. ท่านมีบทบาทช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่มีผู้ป่วย ติดบ้าน ติดเตียง หรือ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย อย่างไร |  |  |  |
| 19. ท่านมีการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก อุจาระร่วง อย่างไร |  |  |  |
| 20. ท่านมีความรู้หรือแนะนำเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือยาที่ผิดกฎหมายที่ขายในชุมชนแก่คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านอย่างไร |  |  |  |
| 21. ท่านสามารถอธิบายบทบาทของทีมหมอครอบครัวในการสนับสนุนการทำงาน  ของท่านได้อย่างถูกต้องอย่างไร |  |  |  |
| 22. ท่านได้ประสานงานกับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อร่วมเป็น ทีมหมอ  ครอบครัวอย่างไร |  |  |  |
| **คะแนนรวม (ผ่าน = 1 คะแนน/ ไม่ผ่าน = 0 คะแนน)** |  |  |  |

**หมวด 5 ผลลัพธ์**

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

**5.2 ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด (KPI)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |
| **1. ตัวชี้วัดกลางงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF)** |  |  |
| 1.1 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ |  |  |
| 1.2 ร้อยละของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือ เท่ากับ 140/90 mmHg. ได้รับการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ |  |  |
| 1.3 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ |  |  |
| 1.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในผู้ป่วยนอก |  |  |
| 1.4.1 โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจช่วงบน (upper respiratory tract infections, URI) และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis) |  |  |
| 1.4.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Ac.Diarrhea) |  |  |
| 1.5 ร้อยละการลดลงของอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะที่ควรควบคุมด้วยบริการ ผู้ป่วยนอก (ACSC: ambulatory care sensitive condition) ในโรคลมชัก (epilepsy) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หืด (asthma) เบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) |  |  |
| 1.6 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี |  |  |
| **2. ตัวชี้วัดกระทรวง (จาก HDC)** |  |  |
| 2.1 |  |  |
| 2.2 |  |  |
| 2.3 |  |  |
| 2.4 |  |  |
| 2.5 |  |  |
| **3. ตัวชี้วัดเขต (จาก HDC)** |  |  |
| 3.1 |  |  |
| 3.2 |  |  |
| 3.3 |  |  |
| 3.4 |  |  |
| 3.5 |  |  |

**หมวด 5 ผลลัพธ์**

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

**5.3 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้**

| **ประเด็น** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนน**  **ที่ได้** | **แนวทางการพิจารณา** | **คำชี้แจง/คำนิยาม** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาจากการจัดการองค์ความรู้ เช่น CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย** | **(1)** |  | - สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่  - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ  CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย | สินทรัพย์ความรู้  (Knowledge assets)  หมายถึง ทรัพยากรทางปัญญาที่มี การสั่งสมในองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจเก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางการปฏิบัติ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติ ซอฟท์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ความรู้ เป็นความรู้ภาคปฏิบัติ (know how)ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ |
| 1.1 การจัดการองค์ความรู้ |  |  |
| - ไม่มี | **0** |  |
| - มี | **1** |  |
| 1.2 การจัดการองค์ความรู้ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน | **(1)** |  |
| - ไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน | **0** |  |
| - สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของชุมชน | **1** |  |
| **2. มีผลลัพธ์จากการดำเนินงานของ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย และเผยแพร่แนวทางปฏิบัติจากการจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน** | **(1)** |  | - เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ  CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย  - รูปแบบการเผยแพร่ชัดเจน |
| - มีผลลัพธ์ | **0** |  |
| - มีผลลัพธ์และมีการเผยแพร่ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน | **1** |  |
| **3. การใช้ประโยชน์จาก CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย จนนำไปสู่การดูแลตนเองได้** | **(2)** |  | - สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่  - สัมภาษณ์ประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการทำ CQI R2R นวัตกรรม งานวิจัย |
| - ชุมชน ผู้รับบริการไม่สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้ | **0** |  |
| - ชุมชน ผู้รับบริการ สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้ | **1** |  |
| - ชุมชนผู้รับบริการสามารถนำไปใช้ดูแลตนเอง และเผยแพร่เป็นตัวอย่างได้ | 2 |  |
| **คะแนนรวม** | **5** |  |  |  |

**เอกสารประกอบ**

**ตัวชี้วัดที่ 66 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยบริการคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยนอก (คิดเป็นร้อยละ) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...............................................** | | | | | | | | | | |
| **ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน: 1 ตุลาคม 2560 – 31 ธันวาคม 2560)** | | | | | | | | | | |
| **ชื่อหน่วยบริการ** | **เกณฑ์คุณภาพข้อมูล OPD** | | | | | | | | **ร้อยละ** | **คะแนนคุณภาพ** |
|  | **เวลา** | **CC** | **ประวัติการเจ็บป่วย** | **ตรวจร่างกาย** | **คำวินิจฉัย** | **การรักษา** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |  | **การให้รหัส (ร้อยละ)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\* CC : อาการสำคัญ** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **หมายเหตุ**: รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การให้คะแนน มีอยู่ในคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยบริการคุณภาพข้อมูลผู้ป่วยใน (คิดเป็นร้อยละ) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...............................................** | | | | | | | | | | | | | |
| **ไตรมาส 1 (รอบ 3 เดือน: 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2560)** | | | | | | | | | | | | | |
| **ชื่อหน่วยบริการ** | **เกณฑ์คุณภาพข้อมูล IPD** | | | | | | | | | | | **ร้อยละ** | **คะแนนคุณภาพ** |
|  | **เวลา** | **DS1** | **DS2** | **Hx** | **PE** | **Progress** | **OP** | **OB** | **Nurse** | **คะแนนเต็ม** | **คะแนนที่ได้** |  | **การให้รหัส (ร้อยละ)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\* DS1 = Discharge Summary ส่วนของแพทย์, DS2 = Discharge Summary ส่วนอื่น, Hx = บันทึก ประวัติ, PE = บันทึกการตรวจร่างกาย, Progress = Progress Note,** | | | | | | | | | | | | | |
| **Op = บันทึกการผ่าตัด, OB = บันทึก การคลอด, Nurse = Nurses’ Note** | | | | | | | | | | | | | |
| **หมายเหตุ:** รายละเอียดการสุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การให้คะแนน มีอยู่ในคู่มือแนวทางมาตรฐานการเก็บรวบรวมและการบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 | | | | | | | | | | | | | |