แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

โดย สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
มีนาคม 2559

คำนำ

การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ อ้างอิงตามมาตรา 6, 7 และมาตรา 44 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ออกเป็นข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2547 เป็นฉบับแรก จากสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้ปรับปรุงข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 และประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 ขึ้น เพื่อใช้ประเมินสถานบริการแห่งใหม่ที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประเมินสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการในระบบ เพื่อต่อสัญญาเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ และสำนักบริหารงานทะเบียน จึงได้ร่วมกันจัดทำแบบตรวจและแนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจ ประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ.2558 ขึ้น เพื่อใช้ประกอบการตรวจประเมินพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประเภทต่างๆ ในปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นไป โดยในระบบคุณภาพ (ISO) ได้แยกแบบฟอร์มการตรวจ (FM) และ คู่มือแนวทางการตรวจ (SD) เป็นคนละส่วนเพื่อความสะดวกของการปฏิบัติงาน

สำนักงานฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการตรวจประเมินหน่วยบริการนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพจากหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานต่อไป

สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
มีนาคม 2559

สาระสำคัญของการตรวจประเมินหน่วยบริการ

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

เกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายสูงสุดที่มุ่งบรรลุ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเพื่อให้เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณ กองทุนในการจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขแก่หน่วยบริการแต่ละประเภท ทั้งนี้ เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในที่สุด

สารบัญ

หน้า

วิธีปฏิบัติในการตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ..... **ก**

ตารางสรุปผลการตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ..... **ง**

ตารางสรุปผลการพิจารณาการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป ..... **จ**

แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป”

หมวดหลัก

หมวด 1 ศักยภาพการให้บริการ 1
หมวด 2 การจัดระบบบริหารจัดการ 9
หมวด 3 การกำกับและการพัฒนาคุณภาพ 14
หมวด 4 อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย 16

รายแผนกบริการ

แผนก 1 ผู้ป่วยนอก 19
แผนก 2 อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 22
แผนก 3 ผู้ป่วยใน 27
แผนก 4 ห้องคลอด 31
แผนก 5 ห้องผ่าตัด 34
แผนก 6 ทันตกรรม 38
แผนก 7 เภสัชกรรม 41
แผนก 8 เทคนิคการแพทย์ 44
แผนก 9 รังสีวินิจฉัย 48
แผนก 10 หอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต 51
แผนก 11 กายภาพบำบัด 54

วิธีปฏิบัติในการตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

สถานบริการที่ต้องได้รับการตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและมีขีดความสามารถจัดบริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป จนถึงระดับตติยภูมิ ที่มีการบริการผู้ป่วยใน บริการด้านศัลยกรรม บริการฉุกเฉิน บริการสูติกรรม บริการผู้ป่วยนอก ฯลฯ ซึ่งเป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการประจำ/หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการรับการส่งต่ออื่น เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลสังกัดรัฐอื่น และโรงพยาบาลเอกชนที่สนใจสมัครเข้าร่วมเครือข่ายบริการทุติยภูมิขึ้นไป

หลักการของเกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

การจัดทำเกณฑ์และแบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะใช้เกณฑ์ที่อ้างอิงตามมาตรฐาน/เกณฑ์ต่างๆ ที่มีการใช้ปฏิบัติอยู่แล้ว ดังนี้

- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และแนวทางการตรวจมาตรฐานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ในสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 10 สาขา
- ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
- มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.)
- กฎกระทรวงสาธารณสุข กำหนดลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล 2558
- กฎกระทรวงสาธารณสุข กำหนดวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล 2558
- แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 เมษายน 2555

ทั้งนี้ เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช. จะเพิ่มเติมในเรื่องของการพิจารณาศักยภาพในการรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดระบบภายในที่รองรับการบริการสำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ที่มีการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อทั่วไป ที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. พิจารณา ดังนี้

1. **ด้าน**ศักยภาพการให้บริการ**ศักยภาพให้บริการ** เป็นการพิจารณาขีดความสามารถในการให้บริการสาธารณสุข ต่อจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนโดยพิจารณาจากจำนวนเตียงผู้ป่วยในต่อประชากรที่ลงทะเบียน และ สัดส่วนของเตียงที่มีความจำเป็นต่อการให้บริการ ตามมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ตลอดจนการคำนึงถึงความสามารถการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

2. ด้านการจัดระบบบริหารจัดการ ให้คำนึงถึงการจัดกระบวนการบริหารจัดการ อันได้แก่ ระบบสารสนเทศที่สามารถเชื่อต่อส่งข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่น ระบบการคุ้มครองสิทธิของผู้มีสิทธิ อย่างครอบคลุม และมีระบบ

3. ด้านการกำกับและการพัฒนาคุณภาพ เน้นด้านระบบและกระบวนการจัดการคุณภาพ โดยพิจารณาตัวระบบ แผนงาน และมีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนหัวข้อประเด็นนี้ผ่านไปได้

4. อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย หากมีการตรวจประเมินคุณภาพ หรือการรับรองทางกฎหมายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยมีการแสดงเอกสารหรือหลักฐานที่เป็นปัจจุบันได้ ให้ถือว่าการตรวจประมเนในหัวข้อประเด็นนี้ผ่านไปได้ เว้นแต่เกิดการตรวจพบหรือมีข้อสังเกตที่ผิดปกติ มีความจำเป็นต้องตรวจเพื่อประเมินความถูกต้อง ก็ให้ดำเนินการตรวจได้

ผู้รับผิดชอบ

คณะผู้ตรวจประเมินที่ สปสช.เขต แต่งตั้งขึ้น ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยบริการภาครัฐ และภาคเอกชนที่มีความรู้ประสบการณ์ในการให้บริการในหน่วยบริการ ทั้งนี้ สปสช.เขตอาจพิจารณาเพิ่มเติมองค์ประกอบคณะตรวจประเมิน จากผู้แทนภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน จากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) หรือคณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ ตามความเหมาะสม ซึ่งผ่านการอบรมหรือประชุมชี้แจงเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. ข้อบังคับ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ พ.ศ. 2558
2. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. 2558 ประกาศ ณ วันที่ 4 ธันวาคม 2558
3. แนวทางตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป (ฉบับ มีนาคม 2559)
4. แบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป
5. คู่มือขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ขั้นตอนการตรวจประเมินหน่วยบริการ

1. ประเมินข้อมูลเบื้องต้น ทีมผู้ตรวจประเมินที่รับผิดชอบตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยบริการจากข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนที่ผ่านมาหรือข้อมูลการประเมินที่หน่วยบริการส่งมาเบื้องต้น
2. ออกตรวจประเมินหน่วยบริการรับการส่งต่อทั่วไป ทีมผู้ตรวจประเมินออกไปตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อว่ามีคุณสมบัติตามข้อมูลที่เสนอ โดยการสังเกต การซักถาม และการดูเอกสารหลักฐาน แบ่งการตรวจ เป็น 2 ส่วน คือ การตรวจหน่วยบริการในภาพรวม และ การตรวจในรายแผนกบริการ 11 แผนก ตัดสินให้คะแนนแต่ละข้อ จนครบทุกข้อ บันทึกลงในแบบตรวจประเมินหน่วยบริการรับการส่งต่อ

เกณฑ์การให้คะแนนการตรวจประเมินหน่วยบริการ

คะแนน 2 = มี/ดำเนินการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือ ดีกว่าเกณฑ์ ที่กำหนด
คะแนน 1 = มี/ดำเนินการแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ แต่อนุโลมให้ผ่าน โดยต้องมีแผนพัฒนาในช่วงเวลาที่ชัดเจน
คะแนน 0 = ไม่มี/ไม่ได้ดำเนินการ/ไม่เป็นไปตามเกณฑ์
คะแนน 8 = ไม่ได้ประเมิน ในกรณีที่หน่วยบริการมีขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง หรือหน่วยบริการมีขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 เตียง แล้วแต่กรณี

กรณีสถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนใหม่

ในข้อใดที่ได้คะแนน 0 หรือ 1 ให้ผู้ตรวจประเมิน บันทึกความเห็นถึง เงื่อนไข หรือ สิ่งที่ต้องปรับปรุงลงในข้อนั้นๆ เพื่อให้สถานพยาบาลจัดทำแผนพัฒนาเพื่อจัดหา หรือ ปรับปรุงให้เป็นไปตามเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด หลังจากนั้นจึงตรวจดูผลการปรับปรุงและพิจารณาว่าจะรับขึ้นทะเบียนหรือไม่ต่อไป

กรณีเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนอยู่เดิม

ควรมีข้อที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 หรือ 2 โดยในข้อที่ยังมีคะแนนเป็น 1 ให้ผู้ตรวจประเมินบันทึกความเห็นว่าจะต้องพัฒนาปรับปรุงอย่างไรบ้าง เพื่อให้หน่วยบริการนำบันทึกความเห็นที่ได้ไปจัดทำแผนพัฒนาและดำเนินการปรับปรุงตามแผนพัฒนาที่กำหนดไว้ และรายงานผลการดำเนินการตามแผนที่ สปสช.เขต กำหนด

สรุปผลการตรวจประเมินหน่วยบริการ

เมื่อได้ผลคะแนนแล้วทีมผู้ตรวจประเมิน ประชุมสรุปผลการประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป โดยวิธีการนับจำนวนข้อที่ได้คะแนนเป็น 2, 1, 0 ในหมวดและแผนกต่างๆ รวมทั้งสรุปการให้ความเห็นในการปรับปรุงพัฒนา แก้ไข สำหรับข้อที่มีคะแนนเป็น 1 และ 0 แล้วแจ้งผลเบื้องต้นแก่หน่วยบริการที่รับการประเมิน จากนั้นส่งผลการตรวจประเมินให้ผู้รับผิดชอบ รวบรวมผลและบันทึกข้อมูลผลการตรวจประเมิน และความเห็นในการปรับปรุงแก้ไข ของแต่ละหน่วยบริการลงในระบบสารสนเทศระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ตารางสรุปผลการตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

เกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อ	จำนวนข้อทั้งหมด (A)	จำนวนข้อที่ต้องตรวจ (B)	จำนวนข้อที่ได้คะแนน			
			คะแนน 2 มี ...ข้อ (C)	คะแนน 1 มี...ข้อ (D)	คะแนน 0 มี...ข้อ (E)	ระบุข้อที่ได้คะแนน 0
หมวดหลัก						
หมวด 1 ศักยภาพการให้บริการ	13					
หมวด 2 การจัดระบบบริหารจัดการ	13	13				
หมวด 3 การกำกับและการพัฒนาคุณภาพ	5	5				
หมวด 4 อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย	5	5				
รายแผนกบริการ						
แผนก 1 ผู้ป่วยนอก	9					
แผนก 2 อุบัติเหตุและฉุกเฉิน	14	14				
แผนก 3 ผู้ป่วยใน	11					
แผนก 4 ห้องคลอด	6	6				
แผนก 5 ห้องผ่าตัด**	14					
แผนก 6 ทันตกรรม	6					
แผนก 7 เภสัชกรรม	8	8				
แผนก 8 เทคนิคการแพทย์	9	9				
แผนก 9 รังสีวินิจฉัย	10	10				
แผนก 10 หอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต*	7					
แผนก 11 กายภาพบำบัด	7	7				
รวมจำนวนข้อเกณฑ์หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	**137**	sum (B)				
รวมจำนวนข้อในคะแนน 2, 1, 0			sum (C)	sum (D)	sum (E)	
ร้อยละจำนวนข้อในคะแนน 2, 1, 0 * **			(sum C/sum B)*100	sum D/sum B)*100	sum E/sum B)*100	

หมายเหตุ * กรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง อาจไม่จัดบริการแผนกหอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต ด้วยตนเองและใช้ระบบการส่งต่อ คะแนนจะเป็น 8 ในแผนกนั้น และจะไม่นำคะแนนมาคำนวณในการสรุปผลการตรวจประเมิน

** กรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 เตียง อาจไม่จัดบริการแผนกห้องผ่าตัด ด้วยตนเองและใช้ระบบการส่งต่อ คะแนนจะเป็น 8 ในแผนกนั้น และจะไม่นำคะแนนมาคำนวณในการสรุปผลการตรวจประเมิน

*** ร้อยละจำนวนข้อที่ได้คะแนน 2, 1, 0 เมื่อเทียบกับจำนวนข้อที่ต้องตรวจ (B) ของโรงพยาบาลนั้น ๆ

ตารางสรุปผลการพิจารณาการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

การพิจารณาผลการตรวจประเมินหน่วยบริการ

กลุ่ม	% ของข้อที่ได้แต่ละคะแนน	การแปลผล	ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียน
กลุ่ม 1	**ทุกข้อมีคะแนนเป็น 2** (ข้อคะแนน 2 = 100 %)	คุณสมบัติตามเกณฑ์	**ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมิน**ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ
กลุ่ม 2	**ข้อที่ได้คะแนน 2 อยู่ระหว่าง 75 – 99.99 % และมีข้อที่ได้คะแนน 0 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 %** (ข้อคะแนน 2 = 75 – 99.99 % + ข้อคะแนน 0</= 10 %)	คุณสมบัติใกล้เคียงเกณฑ์	**ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมิน**ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ **และต้องพัฒนาต่อเนื่อง** ซึ่งหน่วยบริการต้องจัดทำแผน และดำเนินการพัฒนา โดยสำนักงานอาจทำการตรวจซ้ำได้ในกรณีที่มีปัญหาการให้บริการ
กลุ่ม 3	**ข้อที่ได้คะแนน 2 อยู่ระหว่าง 75 – 99.99 % และมีข้อที่ได้คะแนน 0 มากกว่า 10 %** (ข้อคะแนน 2 = 75 – 99.99 % + ข้อคะแนน 0> 10 %) **<u>หรือ</u>** **ข้อที่ได้คะแนน 2 อยู่ระหว่าง 50 – 74.99 %** (ข้อคะแนน 2 = 50 – 74.99 %)	คุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ส่วนขาดพอยอมให้อยู่ในระบบได้	**ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมิน**ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อ **แต่ต้องพัฒนาเร่งด่วน** ซึ่งหน่วยบริการต้องจัดทำแผน และดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข ภายในเวลาที่สำนักงานกำหนด
กลุ่ม 4	**ข้อ ER–ค1 หรือ ER-อ2 หรือ IPD-อ2 ได้คะแนน 0 <u>หรือ</u>** **ข้อที่ได้คะแนน 2 น้อยกว่า 50 % ของข้อที่ตรวจ** (ข้อคะแนน 2 < 50 %)	คุณสมบัติต่ำกว่าที่เกณฑ์กำหนด ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพบริการ	**ไม่ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมิน**ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

สรุปผลการพิจารณาขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

กลุ่มที่ 1, 2, 3 **สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปรายใหม่** หรือ **คงอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ ในสถานะหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปได้**

กลุ่มที่ 4 **ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในปีที่ประเมินได้ ยกเว้นในกรณีที่เป็นหน่วยบริการสังกัดภาครัฐ**ที่ไม่ผ่านการประเมิน ให้สปสช.เขต ให้คำแนะนำในการพัฒนา ปรับปรุง โดยพิจารณา ตามศักยภาพที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน ให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นสำคัญ และ สปสช. เขต สรุปรายงานผลการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อรับทราบและดำเนินการปรับปรุงพัฒนาหน่วยบริการนั้นๆ เนื่องจากเป็นหน้าที่ของรัฐที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญในการให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานแก่ประชาชน

แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป"

หมวด 1 ศักยภาพการให้บริการ

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ม1-1 มีระบบประสานการส่งต่อที่ครอบคลุมทั้งเครือข่ายการส่งต่อ ในด้านการรับผู้ป่วยจากหน่วยบริการที่ส่งต่อและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง การประสานภายในหน่วยบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	พิจารณาจาก 1. มีการจัดแผนกหรือหน่วยที่รับผิดชอบด้านการส่งต่อ ซึ่งรับผิดชอบในการประสานเพื่อการรับการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการอื่น และประสานการส่งผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งการประสานภายในหน่วยบริการ 2. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบด้านการประสานการส่งต่อ 3. มีจัดทำข้อมูลความพร้อมเพื่อการรับผู้ป่วยมายังหน่วยบริการในแต่ละวัน เช่น จำนวนเตียงที่พร้อมรับ แพทย์เฉพาะทาง 4. มีการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการสืบค้น และเพื่อการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง 5. มีประเมินการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งกับหน่วยงานภายในและเตรือข่ายระบบส่งต่อ	2	มีการดำเนินการครบถ้วนทั้ง 5 ข้อ	
		1	มีการดำเนินการอย่างน้อย ข้อ 1 และ 2	
		0	มีการดำเนินการ แต่ไม่ครอบคลุม ข้อ 1 และ 2	
ม1-2 มีการจัดบริการแยกเป็นแผนกบริการตามเกณฑ์ที่กำหนดตามระดับขีดความสามารถของการบริการแต่ละระดับ	พิจารณาว่ามีการจัดแผนกและให้บริการดังนี้ 1. แผนกเวชระเบียน 2. แผนกผู้ป่วยนอก 3. แผนกผู้ป่วยใน 4. แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน 5. แผนกทันตกรรม 6. แผนกเภสัชกรรม 7. แผนกกายภาพบำบัด 8. แผนกเทคนิคการแพทย์หรือชันสูตรสาธารณสุข 9. แผนกรังสีวินิจฉัย 10. แผนกสูติกรรม	2	เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด	
		1	มีการจัดแยกแผนก แต่ไม่มีจัดพื้นที่สำหรับให้บริการเฉพาะ	
		0	จัดแผนกไม่ครบ หรือมีจัดไว้ในโครงสร้าง แต่ไม่มีบริการ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	11. แผนกห้องผ่าตัด 12. แผนกหอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต 13. ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน 14. ระบบควบคุมการติดเชื้อ 15. ระบบบำบัดน้ำเสีย 16. ระบบไฟฟ้าสำรอง 17. ระบบน้ำสำรอง โดยจัดแผนกแยกเป็นสัดส่วน มีพื้นที่ให้บริการเฉพาะ สะดวกต่อผู้รับบริการ ทั้งนี้ ● ในกรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง อาจไม่จัดบริการแผนกหอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤตด้วยตนเองและใช้ระบบการส่งต่อ ● ในกรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 เตียง อาจไม่จัดบริการแผนกห้องผ่าตัดด้วยตนเองและใช้ระบบการส่งต่อ			
ม1-3 มีระบบนัดหมาย	ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานและดูการปฏิบัติจริง เพื่อดูว่ามีวิธีปฏิบัติในระบบการนัดหมายและการติดตามการนัดหมายในกรณีผู้ใช้บริการที่ต้องมารับบริการต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นกระดาษ หรือระบบอิเล็คทรอนิกส์ ซึ่งครอบคลุม ดังนี้ 1. การแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบด้วยรูปแบบใดๆ เช่น มีแบบฟอร์มใบนัด มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มีช่องลงบันทึกการนัดต่อเนื่อง 2. การเตรียมแฟ้มประวัติผู้ป่วยรอไว้ในวันนัด 3. ระบบการติดต่อขอเลื่อนนัดทั้งกรณีที่โรงพยาบาลขอเลื่อนนัด และกรณีที่ผู้รับบริการประสงค์ที่จะขอเลื่อนนัด การติดต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดนัด	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม1-4 มีระบบรองรับการให้บริการกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ตลอด 24 ชั่วโมง	พิจารณาดังนี้ 1. มีแผน/แนวทางในการรองรับอุบัติเหตุ หรือ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่ประกาศใช้ครอบคลุมทุกแผนกบริการ 2. มีการอบรมบุคลากรของสถานบริการให้มีความรู้ สอดคล้องกับแผนที่	2	มีการดำเนินการครบถ้วนทั้ง 5 ข้อ	
		1	มีการดำเนินการในข้อ 1-4	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	จัดทำ และผู้ปฏิบัติงานทุกคน 3. มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ วัสดุที่จำเป็น เช่น เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการประกาศแผน อุปกรณ์สำหรับสือสาร ผังการติดต่อสื่อสาร และมีความสอดคล้อง ครบถ้วนตามแนวทาง /คู่มือที่กำหนด 4. มีการซ้อมแผนเพื่อรองรับอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทุกปี ซึ่งรวมถึงการซ้อมแผนแบบจำลอง (table top) 5. มีผลการประเมินการซ้อมแผนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	0	มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนในข้อ 1-4	
ม1-5 มีระบบการรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	พิจารณาดังนี้ 1. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ 2. มีแนวทางปฏิบัติ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการ ที่รับการส่งต่อมาได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมตามความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เช่น มี Flowchart แนวปฏิบัติ (Guideline) และแบบCheck List ต่างๆ รวมถึง การจัดระบบรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 3. มีการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม1-6 มีระบบส่งผู้ป่วยกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	พิจารณาดังนี้ 1. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ 2. มีแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน/แผนก ที่รับผิดชอบระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เช่น การประเมินศักยภาพหน่วยบริการที่จะรับผู้ป่วย การจัดทำข้อมูลส่งกลับพร้อมผู้ป่วย 3. มีการส่งข้อมูลเพื่อประกอบวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้แก่หน่วยบริการที่จะรับดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4. มีระบบให้คำปรึกษา/คำแนะนำสำหรับหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 5. มีระบบติดตามผลการส่งกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง 6. ตรวจดูเอกสาร/หลักฐาน แนวทางปฏิบัติในการติดตามดูแลผู้ป่วย	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	เพื่อพิจารณาว่า ● มีการประเมินสภาพและความต้องการก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งบันทึกแผนการดูแลต่อเนื่องไว้ ● มีกระบวนการ/กิจกรรม/คำแนะนำ แสดงถึงการประสานกับบริการในชุมชนหรือหน่วยบริการที่ส่งต่อใกล้บ้านหรือหน่วยบริการประจำในผู้ป่วยที่จำเป็น โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ● อาจขอดูตัวอย่าง Discharge Plan Guideline ใบส่งต่อ/ส่งกลับที่ปฏิบัติจริง			
ม1-7 มีระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องกรณีเกินศักยภาพ	กรณีที่เกินขีดความสามารถ หรือ ไม่พร้อมให้บริการในขณะนั้น เช่น เตียงเต็ม ขาดบุคลากร หรือ เครื่องมือ /อุปกรณ์ไม่เพียงพอ หน่วยบริการรับส่งต่อห้ามปฏิเสธการรับผู้ป่วย แต่ต้องสามารถประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือ หน่วยบริการรับส่งต่ออื่นได้ โดยพิจารณา ● มีแผนกหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ ● มีจัดทำข้อมูลเครือข่ายหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่า หรือเครือข่ายที่ขอการสนับสนุนได้ ● มีการจัดส่งข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โดยตรวจดูเอกสาร/หลักฐาน จากสำเนาใบส่งต่อในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อดูว่ามีการบันทึกข้อมูลประกอบการส่งเพียงพอ เหมาะสม หรือไม่ ● มีการจัดเก็บข้อมูล และมีการวิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินผลการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการ แต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม1-8 จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำ ทุกแผนกที่จัดให้บริการในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	หมายถึง แผนกที่มีการจัดให้บริการในลักษณะเวรผลัด ต้องมีบุคลากรอยู่ประจำ 24 ชั่วโมง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกห้องคลอด แผนกเทคนิคการแพทย์ แผนกรังสีวินิจฉัย แผนกหอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต	2	ทุกแผนกที่มีการบริการในลักษณะของเวรผลัด มีบุคลากรให้บริการแบบเวรผลัด ครบ 24 ชั่วโมง	
		1	มีบางแผนกที่มีการบริการในลักษณะของเวรผลัด มีบุคลากรให้บริการแบบเวรผลัด จัดเวรแบบ oncall หลังการขึ้นปฏิบัติงานแบบ 8 หรือ 16 ชั่วโมง	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
		0	ทุกแผนกที่มีการบริการในลักษณะของเวรผลัดมีบุคลากรให้บริการแบบเวรผลัด จัดเวรแบบ oncall หลังการขึ้นปฏิบัติงานแบบ 8 หรือ 16 ชั่วโมง	
ม1-9 มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ โดยมีสัดส่วนจำนวนแพทย์ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการประจำที่แจ้งความประสงค์จะส่งต่อผู้รับบริการไม่เกิน 1 : 15,000 โดยคิดแยกต่างหากจากอัตรากำลังที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทอื่นๆ	เพื่อประกันว่าแพทย์มีจำนวนเพียงพอในการให้บริการกับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน โดยพิจารณาจาก การคำนวณเป็นร้อยละ จำนวนแพทย์ที่มีจริง X 100 จำนวนแพทย์ที่ควรมี จำนวนแพทย์ที่ควรมี ประกอบด้วย 1. จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งมาทุกแห่งรวมกัน (1:15,000) 2. จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่ส่งมาจากหน่วยบริการรับส่งต่อในจังหวัด (1: 20,000) ทั้งนี้ หากหน่วยบริการนั้นเป็นทั้งหน่วยที่รับการส่งต่อ และเป็นหน่วยบริการประจำที่ให้บริการปฐมภูมิด้วย ให้คำนวณแยกกัน ดังตัวอย่าง **ตัวอย่างที่ 1.** รพช. มีผู้มีสิทธิ UC ทั้งอำเภอ 30,000 คน จำนวนแพทย์ที่ควรมีสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปคือ 2 คน (1 : 15,000) แพทย์ทั้งหมดที่ควรมีรวม 5 คน (รวมแพทย์ที่รับผิดชอบที่หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลนั้น) **ตัวอย่างที่** 2. รพท/รพศ. มีประชากร UC ในอำเภอที่รับผิดชอบ 30,000 คน และ ประชากร UC ทั้งจังหวัด 300,000 คน จำนวนแพทย์ที่ควรมีสำหรับหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปคือ 1. บริการรับส่งต่อจากหน่วยปฐมภูมิ 2 คน (1:15,000) 2. บริการรับส่งต่อจากหน่วยรับส่งต่อในจังหวัด 15 คน (1:20,000) รวมแพทย์ที่ควรมีในหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป คือ 17 คน **ตัวอย่างที่ 3.** รพ.เอกชน มีผู้มีสิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียน 150,000 คน และรับการส่งต่อจากคลินิกอบอุ่น 15,000 คน จำนวนแพทย์ที่ควรมีสำหรับหน่วยบริการ	2	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	
		1	ร้อยละ 50 – 79	
		0	น้อยกว่าร้อยละ 50	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	ที่รับการรับส่งต่อทั่วไป 11 คน (1 : 15,000) ● กรณีแพทย์ปฏิบัติงานกึ่งเวลา (part time)ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคนที่ปฏิบัติงานจริงโดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน			
ม1-10 จำนวนพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ ในสัดส่วนที่เพียงพอ และเหมาะสมกับปริมาณงาน	● จำนวนพยาบาลวิชาชีพ ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นนหนึ่งทั้งหมด ที่ปฏิบัติงานการพยาบาลจริง ประจำแต่ละแผนกบริการต่างๆ ต้องมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงาน ● พิจารณาจำนวนพยาบาล ต่อ เตียงผู้ป่วย คือ จำนวนเตียงไม่เกิน 10 เตียง : พยาบาล 3 คน 1. จำนวนเตียง 11 – 30 เตียง : พยาบาล 6 คน 2. จำนวนเตียง 31 - 60 เตียง : พยาบาล 9 คน 3. จำนวนเตียง 61 - 90 เตียง : พยาบาล 12 คน 4. จำนวนเตียง 91 – 120 เตียง : พยาบาล 15 คน โดย พยาบาลวิชาชีพ ต่อจำนวนเตียงที่เพิ่ม 2 คน ต่อ 1-30 เตียง ● ในกรณีพยาบาลปฏิบัติงานกึ่งเวลา (part time) ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง โดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน	2	มีจำนวนพยาบาลตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีจำนวนพยาบาลตามเกณฑ์	
ม1-11 หน่วยบริการ ตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 4 สาขาหลัก คือ สาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม และ กุมารเวชกรรม	● ตรวจดูหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคล รายชื่อ/จำนวนแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญ 4 สาขาหลัก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม และ กุมารเวชกรรม ที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการ	2	มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ครบ 4 สาขาหลัก	
		1	มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2-3 สาขา และมีระบบปรึกษาในสาขาที่ขาด	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์คะแนนข้อ 1 หรือ 2	
		8	ไม่ตรวจ ใน โรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง	
ม1-12 การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการ ให้มี	ตรวจดูจากบันทึกหลักฐานที่แสดงว่า หน่วยบริการมีการดำเนินการในการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน คือ	2	มีแผนและผลการพัฒนาที่สอดคล้อง เพียงพอกับการให้บริการ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ศักยภาพที่เพียงพอในการให้บริการ	• มีแผนพัฒนาบุคลากร (ช่วงเวลาปัจจุบัน) ที่สอดคล้องกับการจัดบริการ หรือแผนการพัฒนาการบริการของหน่วยบริการ • มีบันทึกรายงานการดำเนินการ บันทึกประวัติการฝึกอบรม	1	มีแผนแต่ผลการพัฒนายังไม่สอดคล้อง เพียงพอกับการให้บริการในปัจจุบัน	
		0	ไม่มีแผนการพัฒนาให้บุคลากรมีศักยภาพที่เพียงพอกับการให้บริการ	
ม1-13 มีระบบงานเภสัชกรรมที่มีคุณภาพและมาตรฐานในงานดังต่อไปนี้ 1. งานบริหารเวชภัณฑ์ 2. การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก การติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา 3. การให้บริการข้อมูลทางยา และการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ 4. การติดตามและประเมินผลการใช้ยา (Drug Use Review & Drug Use Evaluation)	ตรวจดูเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานทั้ง 4 ด้านดังต่อไปนี้ 1. งานบริหารเวชภัณฑ์ ประกอบด้วย • บัญชียาโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน • มีการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณายาเข้าและออกจากบัญชีรายการยาที่ชัดเจน • มีรายงานการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) • รายงานการสำรองยา การควบคุม เบิกจ่ายยา การตรวจสอบควบคุมยาหมดอายุ และ มีระบบการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพยาและเวชภัณฑ์โดยเฉพาะการบันทึกและติดตามกำกับอุณหภูมิ เช่น ตู้เย็นเก็บยา • รายงานการควบคุม เก็บรักษา จ่าย ยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท 2. การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก การติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา โดยติดตามผลการดำเนินงาน อัตราการจ่ายยาผิด ความพึงพอใจ และระยะเวลาการรอคอย ในงานบริการดังต่อไปนี้ • งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก/ใน • งานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน การให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา การบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง • งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกเวลาราชการ • งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา	2	มีผลการดำเนินงานครบถ้วนทั้ง 4 ด้าน	
		1	มีแผนการดำเนินงานแต่ยังมีผลการดำเนินงานไม่ครบทั้ง 4 ด้าน	
		0	ไม่มีแผนการดำเนินงานและไม่มีผลการดำเนินงาน	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	● งานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ● งานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) 3. การให้บริการข้อมูลทางยา และการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ โดย การบันทึก/รายงาน/สถิติผลการให้บริการ บริการตอบปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วย ประชาชน บุคลากรการแพทย์ การ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านยาแก่ผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์ และการนำข้อมูลข่าวสารด้านยาไปสนับสนุนการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4. การติดตามและประเมินผลการใช้ยา (Drug Use Review & Drug Use Evaluation) โดย ตรวจดูเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ การบันทึก/รายงาน/สถิติ การติดตามและประเมินผลการใช้ยา (Drug Use Review & Drug Use Evaluation) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อาจวัดเชิงมูลค่าเงินและการใช้ยา anti-biotic ว่าเหมาะสมหรือไม่			

หมวด 2 การจัดระบบบริหารจัดการ

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-1 มีระบบการคุ้มครองสิทธิ				
ม2-1.1 มีแนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและทั่วถึงทั้งองค์กร	ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานใด ที่แสดงว่าหน่วยบริการมีการดำเนินการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย คือ มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยติดไว้ให้เห็นชัดเจน และมีแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในการคุ้มครองผู้ใช้บริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย การคุ้มครองสิทธิเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยคดีเสพติด ถูกกดขี่ทางเพศ	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม2-1.2 มีแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการได้ทราบชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาในทุกหน่วยงาน	ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการ ได้ทราบชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษา ในทุกหน่วยงาน เช่น มีป้ายชื่อแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ มีป้ายชื่อเภสัชกรที่หน้าห้องยา มีป้ายชื่อแพทย์เจ้าของไข้ติดไว้ที่เตียงผู้ป่วย มีป้ายชื่อพยาบาลติดไว้ในหอผู้ป่วย มีป้ายชื่อแพทย์พยาบาลที่ให้ขึ้นเวรในห้องฉุกเฉิน มีป้ายนักกายภาพบำบัดที่แผนกกายภาพบำบัด	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม2-1.3 มีแนวทางปฏิบัติที่ผู้ใช้บริการสามารถรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ทางเลือกการรักษา ผลการ รักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายที่พึงเกิด	ดูเอกสารหลักฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการสามารถรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ทางเลือกการรักษา ผลการรักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายที่พึงเกิด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม2-1.4 มีช่องทางให้ผู้ใช้บริการแสดงความคิดเห็นหรือร้องเรียนการรับบริการอย่างเพียงพอ และ	มีหน่วยรับผิดชอบเรื่องร้องเรียน ที่มีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1. มีบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน โดยเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น และได้รับการอบรมด้านความรู้ด้านหลักประกัน	2	มีหน่วยรับผิดชอบเรื่องร้องเรียน และมีการดำเนินการครบถ้วนตามที่กำหนด	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
มีหน่วยรับข้อเสนอ แนะ/ผลกระทบจากบริการ/ข้อปัญหาต่างๆ	สุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2. มีการให้บริการข้อมูล ปรึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สิทธิแก่ประชาชนและผู้ให้บริการ 3. การจัดระบบการจัดการข้อร้องเรียน ได้แก่ จัดให้มีช่องทางรับเรื่องร้องเรียน การตอบกลับผู้ร้องเรียน การตอบสนองต่อข้อร้องเรียนและนำเรื่องร้องเรียนมาพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง 4. มีการจัดเก็บข้อมูลและการนำผลการดำเนินงานของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนมาวิเคราะห์มาปรับปรุงงานของหน่วยต่อเนื่อง	1	มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียน แต่ดำเนินการไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด	
		0	ไม่มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียน	
ม2-2 ระบบการสื่อสาร				
ม2-2.1 มีอุปกรณ์และวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสาร ภายในหน่วยบริการ	● ตรวจดูอุปกรณ์และเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร ประชาสัมพันธ์กับบุคลากรของหน่วยบริการ ทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกหน่วยบริการ และผู้รับบริการ เช่น ระบบเสียงตามสาย intercom ระบบชุมสายโทรศัพท์อัตโนมัติภายในโทรสาร เครื่องรับ-ส่งวิทยุ อินทราเน็ตโดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่น มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อแพทย์/เจ้าหน้าที่ ● ตรวจดูว่ามีการตั้งหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบจุดประชาสัมพันธ์ ในการสื่อสารประชาสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ และผู้มารับบริการ ● วิธีปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นการตอบข้อซักถาม การให้ความช่วยเหลือ การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เพื่อการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม2-2.2 มีอุปกรณ์และวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสาร ภายในเครือข่ายหน่วยบริการ	ตรวจดูอุปกรณ์และเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารในเครือข่ายบริการ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร เครื่องรับ-ส่งวิทยุ อินเตอร์เน็ต โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่น มีรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับหน่วยบริการต่างๆได้ และตรวจดูว่ามีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นการประสานงาน ตอบข้อซักถาม การให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกแก่หน่วยบริการเครือข่าย	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-3 ระบบเวชระเบียน				
ม2-3.1 มีสถานที่และอุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่เหมาะสม สามารถเก็บบัตรตรวจโรค (OPD card) และเวชระเบียนผู้ป่วยในไว้ได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี ในสภาพที่เรียบร้อย ปลอดภัย และมีระบบป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมถึงการเก็บข้อมูลอิเล็คทรอนิกส์	ตรวจดูสภาพสถานที่เก็บเวชระเบียน ได้แก่ 1. มีห้องสำหรับการจัดเก็บภายในอาคารเป็นห้องที่มีอุณหภูมิเหมาะสม ไม่ถูกแดดส่อง ปลอดจากภัยธรรมชาติ ไม่มีร่องรอยน้ำรั่วซึมบนเพดาน พื้น และผนังปราศจากสัตว์ที่จะมาทำลายเอกสาร 2. มีขนาดกว้างขวางเพียงพอในการจัดเก็บเวชระเบียนของหน่วยบริการ ทั้งบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน รองรับได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี 3. ตรวจดูอุปกรณ์ และการปฏิบัติจริงในการจัดเก็บเวชระเบียนว่าอุปกรณ์มีความมั่นคงแข็งแรงและการจัดเวชระเบียนเป็นระเบียบค้นหาได้รวดเร็ว 4. หากจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ สามารถป้องกันการสูญหายของข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลโดยผู้ที่ไม่มีสิทธิ และการเรียกใช้ข้อมูลในภาวะฉุกเฉิน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม2-3.2 มีบุคลากรด้านเวชสถิติอย่างน้อย 1 คน	● มีบุคลากรด้านเวชสถิติที่มีวุฒิอนุปริญญาด้านเวชสถิติขึ้นไป อย่างน้อย 1 คน ● ในกรณีที่ไม่มีบุคลากรด้านเวชสถิติที่มีวุฒิอนุปริญญาด้านเวชสถิติขึ้นไป ต้องมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมเวชสถิติ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาขาอื่นที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น ด้านเวชสถิติ การบันทึกรหัสโรค	2	บุคลากรด้านเวชสถิติอย่างน้อย 1 คน	
		1	ไม่มีบุคลากรด้านเวชสถิติแต่มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านเวชสถิติอย่างน้อย 1 คน หรือมีบุคลากรเวชสถิติ Part time	
		0	ไม่มีบุคลากรด้านเวชสถิติ หรือ ผู้ผ่านการอบรมเวชสถิติ	
ม2-3.3 มีบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อย่างครบถ้วนตามรายการที่กำหนด ในรูปแบบกระดาษ หรือในรูปอิเล็คทรอนิกส์ มีการลงรหัสโรคตาม ICD-10 และรหัสการทำ	สุ่มเลือก OPD card และเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างละ 10 ตัวอย่าง พิจารณาว่ามีการบันทึก 1. รายละเอียดข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย ● สำหรับผู้ป่วยนอก คือ เลขประจำตัวประชาชน เพศ วันเกิด ที่อยู่ที่ติดต่อได้ บันทึกอาการและการวินิจฉัย ● สำหรับผู้ป่วยใน <u>เพิ่ม</u> วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันจำหน่าย	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
หัตถการตาม ICD-9 CM ใน ผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยใน	การวินิจฉัยโรค ซึ่งแยกออกเป็น การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (complication) หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับสถานภาพจำหน่าย (กลับบ้าน ส่งต่อ เสียชีวิต) 2. รหัสโรคตาม ICD-10 และ รหัสหัตถการ ตาม ICD-9 CM ใน OPD card ของผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน	0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม2-3.4 มีการบริการเวชระเบียน ตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบ การยืม-คืนเวชระเบียน อย่างชัดเจน	● ตรวจดูตารางการจัดเวรเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนประจำได้ตลอด 24 ชั่วโมง ● ตรวจดูทั้งจากการมีคู่มือ/แนวทางการยืม-คืนเวชระเบียน และผลการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทาง	2	มีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมงและมีคู่มือและมีผลการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทาง	
		1	มีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมงแต่ไม่มีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงาน	
		0	ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง	
ม2-3.5 มีการจัดทำรายงานจาก สถิติในเวชระเบียนและทะเบียน ผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน และนำมาใช้ใน การปรับปรุง พัฒนาคุณภาพบริการ หรืองานบริหารอื่น	● ตรวจดูเอกสารการรายงานต่างๆ เช่น มีระบบรายงาน มีการวิเคราะห์ข้อมูล ● นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปพัฒนางานเวชระเบียนหรืองานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยดูจากแผนงาน/โครงการ	2	มีรายงานและมีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา	
		1	มีรายงานแต่ไม่มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนางานเวชระเบียนหรืองานอื่นที่เกี่ยวข้อง	
		0	ไม่มีรายงานและไม่มีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา	
ม2-4 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ด้านการประกันสุขภาพ การเรียกเก็บเงินและบันทึกบัญชี ประกันสุขภาพ อย่างชัดเจน	● ตรวจดูเอกสารหลักฐาน คำสั่งหรือเอกสารอย่างเป็นทางการ ที่แสดงว่ามีการกำหนดหรือมอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านการประกันสุขภาพของหน่วยบริการที่ชัดเจน ครอบคลุมงาน ด้านการลงทะเบียนประชาชน การคุมยอดรับ-จ่ายงบกองทุนฯ การเรียกเก็บ และงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ ● เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกปี	2	มีคำสั่งและมีผู้ปฏิบัติงานครอบคลุมงานที่ต้องปฏิบัติอย่างครบถ้วน และได้รับการพัฒนาความรู้ทุกปี	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-5 มีระบบข้อมูลสารสนเทศภายในหน่วยบริการที่สามารถเก็บรวมรวมข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการให้บริการ เพื่อจัดส่ง สปสช. ตามที่กำหนดได้ครบถ้วน	ตรวจดูว่าหน่วยบริการมีจัดทำระบบสารสนเทศภายในโรงพยาบาล ด้วยกระดาษหรือโปรแกรมใดๆ ที่สามารถเก็บรวบรวม ข้อมูลการให้ บริการ และอื่นๆ ตามที่ สปสช.กำหนด เช่น ● ระบบ E–claim ● Contracting Provider Profile (CPP) ● มีระบบบันทึกข้อมูลเรื่องร้องเรียน ที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลผู้ร้องเรียน รายละเอียดเรื่องร้องเรียน ผลการดำเนินการซึ่งครอบคลุมการรับเรื่องและการตอบกลับ การตอบสนองต่อข้อร้องเรียน	2	สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน	
		1	ดำเนินการได้ แต่ไม่ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

หมวด 3 การกำกับและการพัฒนาคุณภาพ

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ม3-1 มีการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบบริหารคุณภาพ	● ตรวจดูว่าหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ด้วยระบบใดๆ ดังต่อไปนี้ อยู่หรือไม่ ได้แก่ HA หรือ JCI หรือ TQA ● ให้หน่วยบริการแสดงเอกสาร หลักฐานว่ามีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หรือได้รับการรับรองคุณภาพ หรือ เอกสารที่แสดงว่าอยู่ระหว่างขอรับการรับรองคุณภาพ หรืออยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนา เช่น เริ่มต้นด้วยการพัฒนาตามมาตรฐานการบริการวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น	2	ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้นสุดท้าย หรือ JCI หรือ TQA	
		1	อยู่ระหว่างการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ HA หรือ JCI หรือ TQA	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-2 มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่พบบ่อยหรือโรคเป็นปัญหา	ให้หน่วยบริการแสดงเอกสาร หลักฐาน คู่มือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคที่พบบ่อย หรือโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ โรคที่จำเป็นต้องจัดทำมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของหน่วยบริการ โดยมีการจัดเก็บหรือติดตั้งอยู่ที่ที่เหมาะสม ที่จะพร้อมใช้งานได้เมื่อต้องการ พร้อมทั้งมีการกำกับติดตามประเมินการปฏิบัติใช้งาน	2	มีการดำเนินการในโรคที่สอดคล้องกับความจำเป็นของหน่วยบริการและมีการกำกับติดตาม ประเมินผลการใช้งานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	
		1	มีการดำเนินการในโรคที่สอดคล้องกับความจำเป็นของหน่วยบริการแต่ไม่มีการกำกับติดตาม ประเมินผลการใช้งานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	
		0	มีการดำเนินการแต่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็นของหน่วยบริการ หรือ ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-3 มีคณะทำงานที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยง	ตรวจดูว่ามีรายชื่อผู้รับผิดชอบ หรือ มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมกระบวนการดังต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย การประกันคุณภาพ การติดเชื้อในโรงพยาบาล อาชีวอนามัย โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย ที่เป็นปัจจุบัน	2	มีคณะทำงาน มีดำเนินการครอบคลุมประเด็นที่กำหนด และมีดำเนินพัฒนาปรับปรุงต่อเนื่องสม่ำเสมอ	
		1	มีคณะทำงาน แต่มีดำเนินการไม่ครอบคลุมประเด็นที่กำหนด หรือ ไม่มีการพัฒนา ปรับปรุงระบบบริการ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-4 มีการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทางด้านคลินิก และความเสี่ยงทั่วไป	● ตรวจดูจากเอกสารหลักฐานว่ามีผลการสำรวจข้อมูล การเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์/การค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิก ● มีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ การร้องทุกข์ ร้องเรียน ทั้งด้านมาตรฐานบริการ ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการ ข้อมูลความเสียหายจากการรับบริการ	2	มีการดำเนินการครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	
		1	มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนในด้านใดด้านหนึ่ง หรือไม่สามารถแสดงผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	สาธารณสุข หรือข้อมูลขอรับการช่วยเหลือเบื้องต้นจากผู้ให้บริการ และนำมาทบทวน ● มีการวิเคราะห์ และจัดทำแผนเพื่อป้องกันหรือจัดการความเสี่ยง เสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปตามรายละเอียดข้างต้น ● มีหลักฐานแสดงถึงกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	0	ไม่มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หรือมีผลการพัฒนาแต่ไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา	
ม3-5 มีระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	ตรวจดูเอกสารที่แสดงถึง 1. มีการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการและมีการจัดทรัพยกรในการดำเนินงานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โดยดูจากคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ หรือคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่เป็นปัจจุบัน โดยประกอบด้วยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องครบถ้วนและอย่างน้อยต้องมีแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร 2. มีการกำหนดแนวทาง/คู่มือปฏิบัติงานในการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อที่ครอบคลุมองค์ประกอบ/กระบวนการที่สำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้แนวทางซึ่งเป็นที่ยอมรับ สอดคล้องกับมาตรฐานสุขาภิบาลและความสะอาด และมีการติดตามการปฏิบัติงานตามคู่มือและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ 3. มีระบบรายงานการติดเชื้อหรือกำหนดการสำรวจข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ 4. มีระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 5. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดแผนการดำเนินงานด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สอดคล้องกับสอดคล้องกับสภาพปัญหาของหน่วยบริการ 6. มีการทบทวนแผนและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	2	มีการดำเนินการครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	
		1	มีการดำเนินการครบถ้วนในประเด็นอื่นๆ แต่ขาดการติดตามการปฏิบัติงานตามคู่มือหรือการทบทวนคู่มือ/แนวทาง หรือทบทวนแผนการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	
		0	ไม่มีการกำหนดโครงสร้างทีกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน หรือไม่ระบบการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ	

หมวด 4 อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ม4-1 มีการจัดสถานที่อำนวยความสะดวก สะอาดและปลอดภัย สำหรับผู้ให้และผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกอาคาร	พิจารณาโดยการสำรวจพื้นที่รอบหน่วยบริการ ทั้งภายนอกและภายในอาคาร เพื่อดูว่ามีการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ตามรายการในข้อ 1 - 8 หรือไม่ 1. มีทางลาดสำหรับผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอก 2. มีทางเชื่อมระหว่างจุดบริการผู้ป่วยทุกจุดรวมทั้งหอผู้ป่วยทุกหอ ทางเชื่อมมีพื้นเรียบและมีหลังคา 3. มีการอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น ห้องน้ำคนพิการ ทางลาดเอียงขึ้นอาคาร ราวจับ 4. มีลิฟต์หรือทางลาดสำหรับอาคารที่สูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป 5. มีที่จอดรถยนต์และรถจักรยานยนต์สำหรับผู้ป่วยและญาติเป็นสัดส่วน ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากทางเข้า และมีพื้นที่จอดรถเพียงพอกับปริมาณความต้องการในช่วงที่มีผู้ใช้บริการปกติ 6. มีจำนวนห้องส้วมเพียงพอ กับผู้ใช้ อย่างน้อยห้องส้วม : เตียง = 1 : 6 โดยแยกสำหรับ ชาย หญิง เจ้าหน้าที่ และมีเครื่องหมายบอกชัดเจนและมีกริ่งในห้องน้ำด้วย 7. มีป้ายบอกหรือสัญลักษณ์ที่แสดงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆ ให้เห็นชัดเจน 8. มีการติดตั้งไฟส่องสว่างและใช้งานได้ ทั้งในอาคารและทางเชื่อม ทางเดินระหว่างตึก หอผู้ป่วย และอาคารต่างๆ	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-2 มีการจัดการความสะอาดของสถานที่ และการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาคาร	พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบหน่วยบริการทั้งภายนอกและภายในอาคาร ว่ามีการจัดการความสะอาดของสถานที่ และการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาคาร ตามรายการตรวจในข้อ 1 - 5 หรือไม่ 1. สถานที่ทุกแห่งของหน่วยบริการมีความสะอาดเป็นระเบียบปราศจากขยะเรี่ยราด ไม่มีหยากไย่ตามฝ้าเพดานขอบหน้าต่างไม่มีฝุ่นละออง	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	2. ห้องน้ำห้องส้วมทุกแห่งมีความสะอาด แห้งไม่มีกลิ่นเหม็น 3. ระบบการตรวจสอบและควบคุมสัตว์และแมลงพาหนะนำโรค 4. มีการระบายอากาศภายในอาคารทุกแผนกบริการผู้ป่วย เช่น มีช่องระบายอากาศ เปิดพัดลมดูดอากาศ 5. แสงสว่างเพียงพอภายในอาคาร ทุกแผนกบริการผู้ป่วย			
ม4-3 การป้องกันและดูแลความปลอดภัยด้านอัคคีภัย และภัยธรรมชาติ	พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบหน่วยบริการทั้งภายนอกและภายในอาคาร ว่ามีการจัดการในการป้องกันภัยและดูแลความปลอดภัยด้านอัคคีภัย ภัยธรรมชาติ ตามรายการตรวจในข้อ 1-6 หรือไม่ 1. มีผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานหรือคณะทำงานโดยตรง ที่เป็นปัจจุบัน 2. มีแผนการป้องกันระงับอัคคีภัยและภัยธรรมชาติอื่นเป็นลายลักษณ์อักษร 3. มีการซ้อมแผน ตลอดจนแผนการอพยพผู้ป่วยและมีการฝึกซ้อมตามแผนอย่างน้อย ปีละ1ครั้ง 4. มีการติดตั้งสัญญาณแจ้งเหตุเตือนเพลิงไหม้ ซึ่งอยู่ในสภาพใช้การได้ 5. มีอุปกรณ์ดับเพลิงที่อยู่ในสภาพดีใช้การได้ ติดตามอาคาร หรือแผนกต่างๆ ที่เสี่ยงต่ออัคคีภัย หรือมีระบบดับเพลิงอัตโนมัติที่มีรายงานผลการตรวจสอบการทำงานเป็นระยะๆ 6. มีช่องทางหนีไฟ และมีบันไดหนีไฟสำหรับอาคารที่สูงเกิน 3 ชั้น โดยติดป้ายบอกตำแหน่งบันได และบอกชั้นอย่างชัดเจน และไม่มีสิ่งกีดขวางประตูทางออกบันไดหนีไป ประตูไม่ปิดล็อค	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	ดำเนินการครบถ้วนในข้อ 4-6 แต่ไม่ครบถ้วนในข้อ 1-3	
		0	การดำเนินการในข้อ 4-6 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อใดข้อหนึ่ง	
ม4-4 ระบบสาธารณูปโภคและระบบสำรอง เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน	พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบหน่วยบริการ ทั้งภายนอกและภายในอาคาร ว่ามีการจัดการระบบสาธารณูปโภค และระบบสำรองน้ำ ไฟฟ้า แก๊ส เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินของหน่วยบริการ ตามรายการตรวจในข้อ 1-4 หรือไม่ 1. มีน้ำอุปโภค บริโภค สำหรับผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอตลอดเวลา 2. ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉินใช้กับห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก ห้องคลอด คลังเลือด และหน่วยอุบัติเหตุ เป็นอย่างน้อย 3. มีห้อง/สถานที่ จัดเก็บรวบรวมแก๊สทางการแพทย์แยกจากกันเป็นสัดส่วน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มิดชิดปลอดภัย 4. มีแผนดำเนินการระบบสาธารณูปโภค กรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เป็นลายลักษณ์อักษร และกำหนดผู้รับผิดชอบในการสั่งการชัดเจน			
ม4-5 มีระบบการกำจัดของเสียที่เหมาะสม	พิจารณาสำรวจพื้นที่รอบหน่วยบริการ ทั้งภายนอกและภายในอาคาร ว่ามีระบบการกำจัดของเสียของหน่วยบริการที่ไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน ตามรายการตรวจในข้อ 1-4 หรือไม่ โดยพิจารณาประกอบกับ ผลการศึกษาหรือรายงานการรับรอง จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ 1. มีภาชนะรองรับขยะ มีฝาปิดมิดชิดไม่รั่วซึม ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย และมีการแยกภาชนะรองรับขยะติดเชื้อจากขยะทั่วไป 2. มีการกำจัดขยะติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง เช่น การเผา โดยหน่วยบริการเองหรือหน่วยงานภายนอก 3. มีระบบบำบัดน้ำเสียที่ถูกต้องตามหลักวิชาการของหน่วยบริการที่สามารถรองรับน้ำทิ้ง ทั้งหมด 4. มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดและน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดมีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ และ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อย่างน้อย 6 เดือนครั้ง	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในส่วน สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์

รายแผนกบริการ

****

การตรวจหน่วยบริการรายแผนก

การประเมินในเรื่องสถานที่ จะเน้นประเมินในด้านความเหมาะสมเป็นหลัก เกณฑ์บางข้อไม่สามารถกำหนดเป็นค่าตัวเลขได้ เนื่องจากขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่น ขนาดพื้นที่ของหน่วยบริการ ปริมาณผู้รับบริการในแต่ละช่วงเวลา ระบบการไหลเวียนของงาน เกณฑ์สำคัญในการพิจารณาคือ สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงานหรือไม่ ดังนั้นหากประเมินว่าสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ให้บันทึกไว้ เพื่อติดตามการแก้ไขปรับปรุงต่อไป

แผนก 1 ผู้ป่วยนอก (OPD)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OPD - สถานที่				
OPD-ส1 ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอยู่ในตำแหน่งที่สามารถมองเห็นได้ง่าย และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้ง่าย	ตรวจสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจุดที่ตั้งของห้องตรวจผู้ป่วยนอกว่าเป็นจุดที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกโดยเฉพาะผู้พิการ สามารถมองเห็นได้ง่าย เป็นจุดกลางที่สามารถเดินไปรับบริการที่หน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องเอ็กซ์เรย์ ห้องปฏิบัติการ ห้องจ่ายยาได้โดยง่าย โดยมีเครื่องหมายบอกทาง (เช่น ป้าย แผนที่)	2	สถานที่เหมาะสม	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรง และสามารถอนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมาก จำเป็นต้องแก้ไข	
OPD-ส2 มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับหน่วยประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ที่พักรอตรวจ บริเวณคัดกรองผู้ป่วย ห้องบำบัดผู้ป่วยนอก แยกเป็นสัดส่วน	● ตรวจสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งจุดบริการต่างๆ ที่จำเป็นในการบริการผู้ป่วยนอก คือ มีจุดประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ที่พักรอตรวจ บริเวณคัดกรองผู้ป่วย ห้องบำบัดผู้ป่วยนอก ● กรณีห้องบำบัดใช้พื้นที่ร่วมกับ ER ต้องจัดพื้นที่แบ่งเป็นสัดส่วน	2	มีจุดบริการนี้แยกเป็นสัดส่วนให้เห็นชัดเจนและมีครบทุกจุด	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
		0	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่รุนแรง จำเป็นต้องแก้ไข	
OPD-ส3 พื้นที่ห้องตรวจแต่ละห้องมีพื้นที่เหมาะสมเพียงพอสำหรับการวางเตียงตรวจ และเครื่องมือที่จำเป็น	สังเกตพื้นที่ห้องตรวจแต่ละห้อง ว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับจัดวางเตียงตรวจ โต๊ะเก้าอี้ตรวจ การวางเครื่องมือที่จำเป็นและอ่างล่างมือ และมี 1 ห้องสามารถนำเปลนอนเข้าได้	2	พื้นที่เพียงพอ	
		1	ต่ำว่าเกณฑ์ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้	
		0	ต่ำกว่าเกณฑ์ จนไม่สามารถจัดวางเตียง โต๊ะเก้าอี้และเครื่องมือที่จำเป็นได้ครบหรือนำแปลนอนเข้าไม่ได้	
OPD-ส4 ที่พักคอยตรวจโรคไม่น้อยกว่า 10 ตารางเมตร ต่อหนึ่งห้องตรวจโรค โดยมีพื้นที่รวมไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูขนาดของพื้นที่รอตรวจ ว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับการรองรับผู้รอรับการตรวจโรคหรือไม่ โดยพิจารณาให้เหมาะสมว่า สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงานหรือไม่	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	ต่ำกว่าเกณฑ์ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้	
		0	ต่ำกว่าเกณฑ์จนไม่เพียงพอเกิดความแออัดเป็นปัญหาอุปสรรคต่อผู้ป่วย	
OPD - บุคลากร				
OPD-ค1 มีแพทย์ประจำทุกห้องตรวจที่เปิดบริการ	พิจารณาจาก ● การจัดแพทย์ประจำที่ห้องตรวจ OPD ● แนวทางในการบริหารจัดการของหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการตรวจในเวลาที่เหมาะสม เช่น มีการกำหนดระยะเวลาการรอตรวจ (Service Level Agreement) และประกาศให้ผู้รับบริการทราบ และแนวทางในการเพิ่มจำนวนแพทย์ตรวจที่OPD	2	มีแพทย์ประจำที่ OPD และแนวทางการบริหารจัดการกรณีมีผู้มารับบริการจำนวนมาก	
		1	มีแพทย์ประจำที่ OPD แต่ไม่มีแนวทางการบริหารจัดการกรณีมีผู้ป่วยรอตรวจเป็นจำนวนมาก	
		0	ไม่มีแพทย์ตรวจประจำ OPD ต้องใช้แพทย์ร่วมกับแผนกอื่น	
OPD-ค2 มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสำหรับคลินิกพิเศษเฉพาะทาง	● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน และการซักถาม เพื่อดูว่าหากหน่วยบริการนั้นมีการจัดคลินิกพิเศษเฉพาะทาง จะต้องจัดให้มีการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ตรงกับบริการในคลินิกพิเศษนั้น โดยดูตามวุฒิบัตรหรืออนุบัตร ● หากหน่วยบริการไม่ได้จัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ให้คะแนน 8 และใส่หมายเหตุด้านข้างช่องว่า ไม่มีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ซึ่งไม่คิดคะแนนในข้อนี้	2	ให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ตรงกับบริการในคลินิกพิเศษ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
		8	หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการคลินิกพิเศษเฉพาะทาง	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OPD-ค3 มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม และมีจำนวนพยาบาลและทีมสนับสนุนการพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ	● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงานและการซักถาม เพื่อดูว่ามีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่หัวหน้าทีม และมีจำนวนตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพดังนี้ ก. อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพ:ผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1:100 ข. สัดส่วนของทีมพยาบาลต้องมีสัดส่วนของ RN:Non RN ไม่น้อยกว่า 60:40	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ และมีการให้บริการโดยบุคลากรอื่นในทีมการพยาบาลภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ	
		0	ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ	
OPD - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
OPD-อ1 จัดให้มีชุดตรวจโรคทั่วไปประจำแต่ละห้องตรวจโรคครบถ้วน	● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่าแต่ละห้องตรวจต้องมีอุปกรณ์ชุดตรวจโรคทั่วไปดังต่อไปนี้ 1. เตียงตรวจโรค 2.โต๊ะ-เก้าอี้ 3. Stethoscope 4. ไม้กดลิ้น 5.ไฟฉาย 6.ไม้เคาะเข่า ● ส่วนเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย อนุโลมอยู่ที่จุดคัดกรองหรือจุดที่หยิบใช้ได้สะดวก	2	มีอุปกรณ์ที่จำเป็นครบ 6 รายการ ประจำแต่ละห้องตรวจ	
		1	มีอุปกรณ์ที่จำเป็นครบ 6 รายการ แต่ไม่ได้ประจำแต่ละห้องตรวจ เป็นการใช้รวมกัน	
		0	ขาดอุปกรณ์จำเป็น หรือมีไม่เพียงพอ	
OPD-อ2 มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (Emergency Cart) ประจำหน่วย	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน และซักถาม โดยดูว่า มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (Emergency Cart) ที่มีอุปกรณ์ และ รายการยา ตามรายการที่กำหนด โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้ขนาดต่างๆ พร้อมใช้งานทั้งเด็กและผู้ใหญ่ : Self Inflating Bag, Laryngoscope, Oral Airway, Endotracheal Tubes 2. มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPG Guideline ของหน่วยงาน และไม่หมดอายุ 3. การตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 4. มีออกซิเจน และอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย	2	มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ใช้ร่วมกับแผนกอื่น และ สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ และ ไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

แผนก 2 อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ER - สถานที่				
ER-ส1 มีป้ายแสดงที่ตั้งของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนเข้าหรือเข้าสู่ประตูโรงพยาบาล สามารถมองเห็นหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ง่าย เมื่อเข้าในเขตหน่วยบริการ	ตรวจสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจุดที่ตั้งของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินว่าอยู่ด้านหน้าในจุดที่ผู้รับบริการสามารถมองเห็นได้ง่าย โดยมีป้ายแสดงที่ตั้งของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนเข้าประตูโรงพยาบาล และป้ายหน้าห้องที่ทำให้สามารถมองเห็นหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ง่ายและทันที เมื่อเข้าในเขตหน่วยบริการ	2	สถานที่เหมาะสมและมีป้ายบอกเส้นทางชัดเจน	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรง และสามารถอนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมาก จำเป็นต้องแก้ไข	
ER-ส2 มีทางให้รถยนต์วิ่งเข้าไปจอดเพื่อรับและส่งผู้ป่วยได้สะดวกประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก	ตรวจสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่ามีทางให้รถยนต์วิ่งเข้าไปจอดเพื่อรับส่งและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ และประตูอาคารกว้างมากพอและมีทางลาดสำหรับรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก	2	สถานที่เหมาะสม	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรง พออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมาก จำเป็นต้องแก้ไข	
ER-ส3 มีเตียงรับผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในสภาพพร้อมใช้กู้ฟื้นคืนชีพ โดยมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 3 เตียง และมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 10 ตารางเมตรต่อเตียง	ตรวจดูจำนวนเตียงทั้งหมดที่พร้อมให้บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของหน่วยบริการ และอย่างน้อย 1 เตียงต้องเป็นเตียงสำหรับการกู้ฟื้นคืนชีพโดยเฉพาะ (ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ) ส่วนที่เหลือเป็นประเภทใดก็ได้ รวมถึงเตียงที่เคลื่อนย้ายได้ (Stretcher) และควรเพิ่มจำนวนตามปริมาณงานโดยมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 10 ตารางเมตรต่อเตียง	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มี 2 เตียง และเป็นเตียงสำหรับกู้ฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 เตียง หรือ มีพื้นที่น้อยกว่า 10 ตารางเมตรต่อเตียง	
		0	มีน้อยกว่า 2 เตียง หรือ ไม่มีเตียงสำหรับกู้ฟื้นคืนชีพ	
ER-ส4 มีพื้นที่เพียงพอสำหรับรองรับอุบัติเหตุหมู่	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงานร่วมกับการซักถาม เพื่อดูว่าหน่วยบริการมีการจัดพื้นที่ไว้สำหรับรองรับอุบัติเหตุหมู่ ที่สัมพันธ์กับปัญหา/อุบัติการณ์/บริบทของโรงพยาบาล มีการติดป้ายหรือสัญลักษณ์ มีแผนผังที่แสดงไว้ชัดเจนสอดคล้องกับแผนอุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาล	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	ต่ำกว่าเกณฑ์ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลม	
		0	ต่ำกว่าเกณฑ์จนเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ER - บุคลากร				
ER-ค1 ต้องมีแพทย์ปฏิบัติงานประจำที่แผนกฉุกเฉินอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวรประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีแพทย์เวรประจำแต่ไม่ครบตลอด 24 ชั่วโมง หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่มีแพทย์เวร	
ER-ค2 มีพยาบาลประจำอย่างน้อย 1 คน และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ	● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีทีมการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล) ปฏิบัติงานประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอดเวลา ในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง ● มีจำนวนพยาบาล และทีมพยาบาลตามมาตรฐาน ดังนี้ 1. พยาบาลวิชาชีพ:ผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1:10 2. สัดส่วนของทีมพยาบาลต้องมีสัดส่วนของ RN:Non RN ไม่น้อยกว่า 60:40 3. มีพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 1 คน	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีพยาบาลวิชาชีพ และมีสัดส่วนตามกำหนดตลอด 24 ชั่วโมง แต่ไม่มีพยาบาลเฉพาะทาง	
		0	ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ หรือทีมพยาบาลครบ 24 ชั่วโมง	
ER-ค3 บุคลากรทุกคนมีความรู้และทักษะในการกู้ชีพอย่างน้อยขั้นพื้นฐาน และได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ	ซักถาม และพิจารณาเอกสารหลักฐานแผนหรือบันทึกการฝึกอบรม เพื่อดูว่าบุคลากรในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อยขั้นพื้นฐานการกู้ชีพและได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ภายในหน่วยบริการหรือที่จัดโดยหน่วยงานอื่นอย่างสม่ำเสมอ	2	เป็นไปตามเกณฑ์โดยทุกคนในทีมผ่านการฝึกอบรมมาไม่เกิน 1 ปี	
		1	ผ่านการอบรมทุกคน แต่นานเกิน กว่า 1 ปี หรือผ่านการอบรมไม่ครบทุกคน	
		0	ทุกคนไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน	
ER-ค4 ต้องมีการจัดอัตรากำลังสำรองในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหมู่	ซักถาม และพิจารณาเอกสารหลักฐานว่ามีแผนการจัดอัตรากำลังสำรองในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหมู่ เช่น มีรายชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ มีผู้รับผิดชอบในการสั่งการ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีการจัดอัตรากำลัง แต่ไม่มีรายชื่อพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่พร้อมใช้ได้ทันที	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ER - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
ER-อ1 มีชุดตรวจโรคทั่วไป ครบทุกรายการ	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่ามีอุปกรณ์ชุดตรวจโรคทั่วไป คือ เตียงตรวจโรค โต๊ะ เก้าอี้ Stethoscope เครื่องวัดความดันโลหิต ไม้กดลิ้น ไฟฉาย ไม้เคาะเข่า เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย	2	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
		1	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
ER-อ2 ต้องมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน พร้อมใช้งาน ประจำไว้ในหน่วยฉุกเฉิน	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน และซักถาม โดยดูว่า มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (Emergency Cart) ที่มีอุปกรณ์และรายการยา ตามรายการที่กำหนด โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้พร้อมใช้งาน : Self Inflating Bag, Laryngoscope, Oral Airway, Endotracheal Tubes ขนาดต่างๆ 2. มีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) 3. มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉินตาม CPG Guideline ของหน่วยงาน 4. มีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร	2	มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
		1	มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งานไม่ครบทุกรายการที่กำหนด แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
ER-อ3 ต้องมีเครื่องมือทางการแพทย์พร้อมใช้งาน	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีราย การเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่อง มือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน 1. ออกซิเจนและอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย 2. เครื่องดูดเสมหะ (Suction) 3. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Recorder/Monitor) 4. เครื่องมือส่องหู คอ จมูก และเครื่องหยิบสิ่งแปลกปลอม	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
		1	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
ER-อ4 มีชุดเครื่องมือจำเป็นสำหรับเวชหัตถการฉุกเฉิน ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูชุดเครื่องมือสำหรับเวชหัตถการฉุกเฉินที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อดูว่ามีตามรายการที่กำหนดครบอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย	2	มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมีจำนวนเพียงพอ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
เพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้งาน	1. ชุดเย็บแผล (Suture Set) 2. ชุดหัตถการ 3. ชุดผ่าตัดเปิดหลอดลม (Tracheostomy Set) 4. ชุดผ่าตัดใส่ท่อระบายทรวงอก (Chest Drain Set) 5. ชุดอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น การล้างสารพิษ ดามกระดูก ชุดห้ามเลือด ล้างท้อง 6. ชุดให้น้ำเกลือโดยทางผ่าเส้นเลือด 7. อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ถุงมือ หน้ากาก หมวก แว่นตา พลาสติกกันเปื้อน	1	มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือมีจำนวนไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
ER-อ5 รถพยาบาล	พิจารณาจาก ● ลักษณะและสภาพรถพยาบาล หรือซักถาม หรือดูเอกสารการซ่อมบำรุงรถพยาบาล ● พนักงานขับรถที่มอบหมายให้ขับรถพยาบาล ● อุปกรณ์เครื่องมือในรถพยาบาลและทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมืออุปกรณ์ ยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำรถ (Self Inflating Bag, Laryngoscope, Oral Airway, Endotracheal Tubes) ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ดังนี้ 1. มีรถที่อยู่ในสภาพดีพร้อมที่จะใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อมพนักงานขับรถ ที่ผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 2. มีเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 3. มีเครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ 4. มียาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำรถ ตามแนวทาง CPG Guideline ของหน่วยบริการ 5. มีชุดห้ามเลือด เย็บแผลและทำแผล 6. มีการจัดแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ พร้อมที่จะปฏิบัติงานประจำรถ	2	มีรถพยาบาลที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อย 1 คัน และมีพนักงานขับรถพยาบาล ที่ผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการปฐมพยาบาล และมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในรถพยาบาล	
		1	ความพร้อมหรืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ซึ่งไม่ใช่ปัญหาสำคัญ และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา	
		0	ความพร้อมหรืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ และไม่สามารถแก้ไขได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ER-o6 มีบริการสนับสนุนตามที่กำหนด ตลอด 24 ชั่วโมง	สังเกตจากสภาพการปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูเอกสารการจัดเวรเจ้าหน้าที่เพื่อดูว่ามีบริการสนับสนุนสำหรับการให้บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้ ตลอด 24 ชั่วโมงหรือไม่ 1. บริการการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ 2. บริการตรวจทางรังสีวิทยา 3. บริการโลหิต 4. บริการเภสัชกรรม 5. เวชระเบียน	2	มีบริการสนับสนุนตามรายการ พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง	
		1	มีบริการสนับสนุนตามรายการ ไม่ครบหรือไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีบริการสนับสนุนตามรายการ ไม่ครบหรือไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

แผนก 3 ผู้ป่วยใน (IPD)

หลักการพิจารณา

- กรณีโรงพยาบาลที่มีขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง ให้สุ่มตรวจเฉพาะบางหอผู้ป่วย
- กรณี โรงพยาบาลขนาดมากกว่า 90 เตียงขึ้นไป ให้สุ่มตรวจ 4 แผนกหลัก (สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม) แผนกละ 1 หอผู้ป่วย
- การพิจารณาคะแนน ให้ใช้คะแนนจากหอผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำที่สุด เป็นหลัก

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
IPD - สถานที่				
IPD-ส1 มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในอย่างเพียงพอ เพื่อรองรับผู้มีสิทธิในสัดส่วน เป็นไปตามที่สำนักงานกำหนดทั้งนี้ขึ้นกับสภาพพื้นที่และศักยภาพที่มีอยู่ที่ดีที่สุด	● พิจารณาความพร้อมในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลต่อจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน เพื่อประกันว่าหน่วยบริการมีเตียงเพียงพอให้บริการกับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้ โดยคำนวณเป็นร้อยละ = จำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง X 100 / จำนวนเตียงที่ควรมี ● การประมาณการจำนวนเตียงที่ควรมี ให้ใช้จำนวนประชากรสิทธิ์ UC ที่เป็นปัจจุบันของหน่วยบริการ และพิจารณาดังต่อไปนี้ 1. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (1:1,000) 2. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการอื่นในจังหวัด (1:2,000)	2	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	
		1	ร้อยละ 50 – 79	
		0	น้อยกว่าร้อยละ 50	
IPD-ส2 ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างปลายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร สามารถนำเปลเข็นเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้โดยสะดวก	● ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาสภาพภายในหอผู้ป่วยรวม ว่ามีการจัดเตียงผู้ป่วยหนาแน่นแออัดหรือไม่ สามารถให้การบริการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมหรือไม่ โดยดูเป็นภาพรวมในภาวะปกติของทั้งปี (ไม่คำนึงถึงบางฤดูกาลหรือเมื่อมีโรคระบาด) ทั้งนี้ให้พิจารณาถึงขนาดของห้อง และระยะห่างระหว่างเตียง เป็นสำคัญ ซึ่งในหน่วยบริการแต่ละแห่งจะมีพื้นที่แตกต่างกันได้ โดยมีแนวทางการพิจารณา ดังนี้ 1. มีการจัดระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร 2. ระยะห่างระหว่างปลายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร	2	ระยะห่างของเตียงเป็นไปตามเกณฑ์	
		1	ระยะห่างระหว่างเตียงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ แต่สามารถนำเปลเข็น และ/หรือ รถเข็นอุปกรณ์ฉุกเฉินเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้โดยสะดวก	
		0	ไม่สามารถนำเปลเข็นและ /หรือ รถเข็นอุปกรณ์ฉุกเฉินเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้โดยสะดวก	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
IPD-ส3 มีการจัดสถานที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาดูสภาพภายในหอผู้ป่วยรวม ว่ามีการจัดพื้นที่ให้มีส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ได้แก่ 1. มีห้องปฏิบัติการรักษาพยาบาล (Treatment Room) เป็นสัดส่วนสะอาดเป็นระเบียบ 2. มีพื้นที่สำหรับเตรียมยา ล้างและเตรียมเครื่องมือเป็นสัดส่วน 3. มีส่วนทำการพยาบาล (Nurse Station) ซึ่งสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง (สำหรับหอผู้ป่วยรวม) และสามารถให้ผู้ป่วย/ญาติติดต่อได้สะดวก 4. พื้นที่เก็บเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้า ยา สารน้ำ เป็นระเบียบหมวดหมู่ 5. มีพื้นที่และภาชนะเก็บผ้าเปื้อนเป็นสัดส่วน	2	เป็นไปตามเกณฑ์ครบทุกข้อ	
		1	เป็นไปตามเกณฑ์ 3 ข้อ ขึ้นไป	
		0	เป็นไปตามเกณฑ์ น้อยกว่า 3 ข้อ	
IPD - บุคลากร				
IPD-ค1 มีแพทย์ซึ่งมีคุณวุฒิเหมาะสม รับผิดชอบผู้ป่วยในแต่ละราย	พิจารณาการจัดแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย ตรงกับแผนกที่ดูแล คือ ผู้ป่วยทุกรายมีเจ้าของไข้ที่ดูแล	2	มีแพทย์ รับผิดชอบผู้ป่วยตรงตามแผนก	
		1	มีแพทย์ รับผิดชอบผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่อาจมีการดูแลข้ามสาขาที่ใกล้เคียงกัน	
		0	ไม่เป็นไปตามที่กำหนด	
IPD-ค2 มีแพทย์ 4 สาขา คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม พร้อมปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง	● ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน การซักถาม การตรวจสอบจากตารางการจัดเวรผลัด หรือตรวจดูเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาการจัดแพทย์ 4 สาขา คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยใน ● สำหรับโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 90 เตียงขึ้นไป	2	มีแพทย์ 4 สาขา ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง	
		1	มีแพทย์ 4 สาขา ปฏิบัติงานครบในเวลาปฏิบัติงานประจำ โดยมีแพทย์เวรปฏิบัติงานนอกเวลาและมีระบบให้คำปรึกษาและพร้อมปฏิบัติงาน	
		0	มีแพทย์ปฏิบัติงานในเวลาไม่ครบ 4 สาขา หรือไม่มีระบบให้คำปรึกษานอกเวลา หรือ มีระบบให้คำปรึกษาแต่ไม่พร้อมมาปฏิบัติงานนอกเวลา	
		8	ไม่ตรวจในโรงพยาบาลขนาดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
IPD-ค3 มีแพทย์เวรพร้อมให้บริการผู้ป่วยในโดยเฉพาะ อย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	● ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน การซักถาม การตรวจสอบจากตารางการจัดเวรผลัด หรือตรวจดูเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาการจัดแพทย์เวรที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย ● สำหรับโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง	2	มีแพทย์เวรรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง	
		1	มีแพทย์เวรดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 16 ชั่วโมง หลังจากนั้นเป็น Oncall	
		0	มีแพทย์เวร 8 ชั่วโมง และ Oncall 16 ชั่วโมง	
		8	ไม่ตรวจ ในโรงพยาบาลขนาดมากกว่า 90 เตียงขึ้นไป	
IPD-ค4 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร และปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คนในแต่ละเวรต่อผู้ป่วยไม่เกิน 6 คน	สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร และปฏิบัติงานประจำอยู่ในหอผู้ป่วย ในอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย 1:6 ในทุกเวร (พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน)	2	มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร และมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:6	
		1	มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร แต่มีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยมากกว่า 1:6	
		0	ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร	
IPD - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
IPD-อ1 มีอุปกรณ์ประจำเตียงและห้องผู้ป่วย	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่าแต่ละเตียงผู้ป่วย มีอุปกรณ์ประจำเตียงตามที่กำหนดหรือไม่ คือ เตียงผู้ป่วยแบบมาตรฐานทางการแพทย์ ตู้ข้างเตียง โต๊ะคร่อมเตียง ม่านหรือฉาก อุปกรณ์ขอความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้	2	มีอุปกรณ์/ยาที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	
		1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับแผนกอื่นซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
IPD-อ2 มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (Emergency Cart) ประจำหอผู้ป่วย	ตรวจสอบใน Emergency Cart โดยดูว่าแต่ละหอผู้ป่วย มีอุปกรณ์ประจำหอตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้ 1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้พร้อมใช้งาน : Self Inflating Bag, Laryngoscope, Oral Airway, Endotracheal Tubes ขนาดต่างๆ 2. ยาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPG Guildine ของ หน่วยงาน (เช่น Adrenalin, Sodium Bicarbonate, Calcium Gluconate, Glucose เป็นอย่างน้อย) 3. การเก็บรักษา ตรวจเช็ค ยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร	2	มีอุปกรณ์/ยาที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	
		1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับ แผนกอื่นซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
IPD-o3 มีชุดเครื่องมือจำเป็น ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน เพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้งาน	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่ามีเครื่องมือตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้ 1. ชุดทำแผล ฉีดยา 2. ชุดหัตถการ 3. สวนปัสสาวะ 4. อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ถุงมือ หน้ากาก หมวก แว่นตา พลาสติกกันเปื้อน	2	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	
		1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ อาจใช้ร่วมกับ แผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
IPD-o4 เครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่า มีเครื่องมือตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้ 1. มี oxygen supply ในระบบ pipeline หรือแบบถัง 2. มี suction และ gastric suction ที่เหมาะสมกับอายุผู้ป่วย 3. ตู้เย็นสำหรับเก็บยา 4. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 5. เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) 6. เครื่องตรวจวัดเฝ้าระวังระดับออกซิเจน	2	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	
		1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับ แผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

แผนก 4 ห้องคลอด (OB)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OB – สถานที่				
OB-ส1 สถานที่ตั้งหน่วยงานสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้งของห้องคลอดว่าอยู่ในจุดที่สะดวกในการเข้ามารับบริการและการเคลื่อนย้ายเข้าสู่ห้องผ่าตัด หรือหอผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว	2	สถานที่เหมาะสม ผู้รับบริการสามารถเข้ามารับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรง พออนุโลมได้ ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่รุนแรง จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร็ว	
OB-ส2 มีจำนวนเตียงคลอดอย่างน้อย 1 เตียง และเพียงพอกับการบริการ	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจำนวนเตียงคลอด อย่างน้อย 1 เตียง และเทียบกับข้อมูลสถิติการคลอด	2	มีจำนวนเตียงคลอด อย่างน้อย 1 เตียง และเพียงพอกับการบริการ	
		1	มีจำนวนเตียงคลอด อย่างน้อย 1 เตียง แต่มีจำนวนไม่เพียงพอกับการบริการ	
		0	ไม่มีเตียงคลอด	
OB-ส3 มีการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่างๆ ครบถ้วนและเหมาะสม	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดพื้นที่สำหรับการบริการคลอด ว่ามีบริเวณรับใหม่อยู่ใกล้บริเวณรอคลอด ซึ่งอยู่ในเขตสะอาดและสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายไปห้องคลอด ซึ่งเป็นบริเวณเขตสะอาดหรือเขตปราศจากเชื้อ และห้องพักฟื้นหลังคลอดอยู่บริเวณที่พยาบาลสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา ตลอดจนมีห้องน้ำห้องส้วมอยู่ใกล้ห้องรอคลอด	2	มีการจัดพื้นที่ส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ และมีความสะอาด	
		1	การจัดพื้นที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สะอาด แต่ไม่รุนแรง และสามารถแก้ไขได้	
		0	การจัดพื้นที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สะอาด และมีระดับรุนแรงมีผลกระทบต่อบริการ และไม่สามารถแก้ไขได้โดยเร็ว	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OB - บุคลากร				
OB-ค1 ต้องมีแพทย์พร้อมให้บริการทำคลอดตลอด 24 ชั่วโมง	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวร พร้อมให้บริการทำคลอดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง	2	มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	
		1	แพทย์ไม่ได้ปฏิบัติงานประจำ ตลอด 24 ชั่วโมง แต่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย หรือ ใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่มีการจัดแพทย์เวรประจำห้องคลอด	
OB-ค2 ต้องมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน ปฏิบัติงานเป็นการประจำตลอด 24 ชั่วโมง	สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามี พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน ในสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ต่อผู้ป่วย 1 คนปฏิบัติงานประจำอยู่ในห้องคลอดตลอดเวลา ในลักษณะเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมง	2	มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน ปฏิบัติงานเป็นการประจำอยู่ในห้องคลอดตลอด 24 ชั่วโมง ในสัดส่วน 2:1	
		1	มีพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ในห้องคลอด 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกับแผนกอื่น 1 คน เป็นการประจำตลอด 24 ชั่วโมง	
		0	ไม่มีพยาบาลประจำอยู่ในห้องคลอด	
OB - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
OB-อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย รายการเครื่องมือได้แก่ 1. มีเตียงทำคลอดและโคมไฟ มีเตียงทารกแรกคลอด และเตียงช่วยฟื้นคืนชีพทารก 2. เครื่องวัดความดันโลหิต, Stethoscope 3. มีเครื่องตรวจอัตราการเต้นหัวใจสำหรับทารกในครรภ์ Drop Tone	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องคลอด และมีจำนวนเพียงพอ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	4. เครื่องมือทำคลอดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยคลอดปกติ อุปกรณ์ช่วยคลอดผิดปกติ (Forceps, Vacuum) ชุดทำ Umbilical Catheterization ชุดทำ Venesection ชุดทำ Uterine Curettage Vaginal Retractor 5. เครื่องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ (Monitor) 6. มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (Emergency Cart) ตามแนวทาง CPG Guideline ของหน่วยบริการ 7. อุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย (มารดาและทารก) 8. เครื่องดูดเสมหะ 9. เครื่องกระตุกหัวใจสำหรับมารดาและทารก 10. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 11. อ่างล้างมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ 12. Radian Warmer 13. ตู้อบทารก 14. เครื่องชั่งน้ำหนักทารก			

แผนก 5 ห้องผ่าตัด (OR)

- ไม่นับรวมห้องผ่าตัดเล็ก และ พิจารณาเฉพาะห้องที่เปิดใช้งานหรือมีสภาพพร้อมใช้งานแต่ยังไม่ได้เปิดใช้ด้วย
- กรณีเป็นโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 เตียง และไม่มีบริการห้องผ่าตัด คะแนนจะเป็น 8 ทุกข้อ

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OR - สถานที่				
OR-ส1 มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนัก หน่วยรังสี หน่วยอุบัติเหตุ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้งไม่อยู่ติดถนนใหญ่ มียวดยานพลุกพล่านและไม่อยู่ติดชั้นล่างที่มีผู้สัญจรไปมาจำนวนมาก ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสัดส่วนมีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างห้องผ่าตัดกับหน่วยงานอื่น เช่น ICU ห้องฉุกเฉิน X-RAY ธนาคารเลือด ได้สะดวกรวดเร็ว	2	สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรง พออนุโลมได้ ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่รุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้	
OR-ส2 มีห้องผ่าตัดที่ได้มาตรฐานให้บริการในสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 ห้องต่อจำนวนเตียง 50 เตียง	● พิจารณาเฉพาะจำนวนห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการได้ โดยการเทียบตามสัดส่วนของจำนวนเตียงที่เปิดให้บริการจริง ทั้งนี้ไม่นับรวมห้องผ่าตัด ● พร้อมให้บริการ หมายถึง การจัดเวรบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานและมีรายงานการผ่าตัด	2	มีจำนวนห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการครบตามเกณฑ์	
		1	มีจำนวนห้องผ่าตัดพร้อมให้บริการต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ไม่มีการบริการ	
		0	ไม่มีห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการ	
OR-ส3 ห้องผ่าตัดแต่ละห้องมีขนาดไม่น้อยกว่า 25 ตารางเมตร สูงไม่น้อยกว่า 3 เมตร และในแต่ละห้องมีเตียงผ่าตัดเพียง 1 เตียงเท่านั้น	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาขนาดของห้องผ่าตัดแต่ละห้อง และจำนวนเตียงผ่าตัดว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ ทั้งนี้ให้พิจารณาทุกห้องหากหน่วยบริการมีหลายห้อง	2	มีจำนวนห้องและเตียงผ่าตัดในห้อง เป็นไปตามเกณฑ์ทุกห้อง	
		1	มีบางห้องขนาดต่ำกว่ามาตรฐานในระดับที่ไม่รุนแรง พออนุโลมได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ทุกห้อง	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OR-ส4 มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน แบ่งเป็น 4 เขต คือ เขตปลอดเชื้อ เขตกึ่งปลอดเชื้อ เขตสะอาด เขตปนเปื้อน โดยมีประตูกั้นระหว่างเขตหรือมีระบบป้องกันการปนเปื้อน	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ภายในบริเวณแผนก/อาคารผ่าตัดเป็น เขตปลอดเชื้อ เขตกึ่งปลอดเชื้อ เขตสะอาด เขตปนเปื้อน โดยมีประตูกั้นระหว่างเขตหรือมีระบบป้องกันการปนเปื้อน และมีการใช้พื้นที่ในเขตต่างๆ อย่างเหมาะสมถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2	จัดสัดส่วนครบถ้วนตามเกณฑ์ และ มีการปฏิบัติในการใช้สอยพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		1	จัดสัดส่วนไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือบางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระดับที่ไม่รุนแรง	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR-ส5 มีห้องหรือเขตพักฟื้นเป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อของอาคารผ่าตัด	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีห้องหรือเขตพักฟื้น เป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อ สำหรับดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และมีความพร้อมในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	บางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR-ส6 มีอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ อยู่ติดกับห้องผ่าตัด 2 อ่างต่อ 1 ห้องผ่าตัด	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำในบริเวณกึ่งปลอดเชื้อ อยู่ติดกับห้องผ่าตัด 2 อ่างต่อ 1 ห้องผ่าตัด โดยบริเวณที่ล้างทำความสะอาดเครื่องมือเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่ใช้ที่เดียวกับอ่างฟอกมือ หรือไม่อยู่บริเวณกึ่งปลอดเชื้อ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีอ่างล้างมือที่มีลักษณะถูกต้องแต่จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์และ/หรือ จำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	
		0	มีอ่างล้างมือที่มีลักษณะไม่ถูกต้อง และ/หรือ จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์เกินร้อยละ 50	
OR-ส7 มีที่เก็บเครื่องมือ ยาวัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ เป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อ	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ ในเขตกึ่งปลอดเชื้อ โดยมีการเก็บเป็นระเบียบ ง่ายต่อการตรวจสอบและการหยิบใช้	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีการเก็บในกึ่งปลอดเชื้อ แต่จัดเก็บไม่เป็นระเบียบ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR-ส8 มีระบบสื่อสารติดต่อแพทย์ ห้องชันสูตร ห้องยา คลังเลือด หอผู้ป่วยหนัก และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้สะดวก	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากการจัดให้มีระบบการสื่อสาร โดยมีโทรศัพท์ภายใน เป็นอย่างน้อยในทุกห้องผ่าตัด ที่สามารถติดต่อไปยังหน่วยงานอื่นได้ตลอดเวลา และจุดบริการอื่นๆ เพื่อสามารถติดต่อแพทย์ ห้องชันสูตร ห้องยา คลังเลือด หอผู้ป่วยหนัก และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้สะดวกรวดเร็ว	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มี แต่ไม่เพียงพอ หรือ ใช้ร่วมกับห้องอื่น	
		0	มี แต่ไม่พร้อมใช้ หรือไม่มี	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OR-ส9 ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนสำหรับแต่ละห้อง	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน และสอบถามจากผู้ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่า ห้องผ่าตัดมีระบบหมุนเวียนอากาศแบบระบบปิดของแต่ละห้อง ไม่ปนเปื้อนห้องอื่น เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่ครบถ้วน	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR-ส10 มีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน บันทึกการบำรุงรักษา และบันทึกการทดสอบระบบ โดยพิจารณาว่า มีการติดตั้งระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน สำหรับแผนกหรืออาคารผ่าตัด ที่พร้อมใช้งานได้ภายใน 10 วินาที หากเกิดกระแสไฟฟ้าขัดข้อง	2	มีและพร้อมใช้ตามเกณฑ์	
		1	มี แต่ไม่พร้อมใช้	
		0	ไม่มีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน	
OR - บุคลากร				
OR-ค1 มีศัลยแพทย์ที่มีวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญจากแพทยสภา ปฏิบัติงานเต็มเวลาอย่างน้อย 1 คน	• ซักถาม และดูจากเอกสาร ตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีศัลยแพทย์ทั่วไปประจำปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง • พิจารณาเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาด 90 เตียง ขึ้นไป แต่หากโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง ที่มีการเปิดบริการห้องผ่าตัดจะต้องพิจารณาด้วย	2	มีศัลยแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน	
		1	มีศัลยแพทย์ Part time ปฏิบัติงานหมุนเวียน	
		0	ไม่มีศัลยแพทย์ประจำ	
		8	ไม่ตรวจในโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง	
OR-ค2 สำหรับการผ่าตัดทั่วไป มีวิสัญญีแพทย์ 1 ต่อ 2 ห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล 2 คนต่อ 1 ห้องผ่าตัด ขณะปฏิบัติงาน	ซักถาม และดูจากเอกสาร ตารางการจัดเวร ตารางการผ่าตัด และจำนวนบุคลากร เพื่อดูว่ามีวิสัญญีแพทย์ประจำปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง	2	เข้าเกณฑ์ทั้ง 2 สาขาวิชาชีพ	
		1	เข้าเกณฑ์วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง	
		0	ไม่เข้าเกณฑ์ทั้ง 2 วิชาชีพ	
OR-ค3 การจัดทีมพยาบาล	ซักถาม และดูจากเอกสารการมอบหมายงาน และ ตารางการจัดเวร เพื่อพิจารณา 1. นอกเวลาทำการปกติ ต้องมีทีมงานอย่างน้อย 1 ทีมพร้อมปฏิบัติงาน 2. การจัดทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ทีมต่อ 1 ห้องผ่าตัด 3. ทีมงานในห้องผ่าตัดแต่ละห้องประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน	2	มีครบทั้ง 3 ข้อ	
		1	ต้องมีข้อ 1 และมีข้อ 2 และข้อ 3 แต่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีข้อ 1	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
OR - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
OR-อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย 1. เตียงผ่าตัดชนิดปรับระดับได้และโคมไฟผ่าตัดปรับระดับได้ประจำทุกห้อง 2. มีชุดผ่าตัดพื้นฐานที่ได้มาตรฐานและเพียงพอสำหรับการบริการที่จำเป็นทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน และมีชุด Major Operating Set สำรองที่ปราศจากเชื้อพร้อมใช้งานได้ทันทีอย่างน้อย 1 ชุด (โรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง ให้พิจารณาตามความจำเป็น) 3. มีเครื่องตัด/จี้ห้ามเลือดประจำทุกห้อง 4. มีเครื่อง Suction หรืออุปกรณ์ Suction สำหรับต่อจากระบบ Pipeline ประจำทุกห้องผ่าตัด 5. มี Pipeline System หรือมีการจัดการระบบแก๊สทางการแพทย์ที่ปลอดภัย 6. มีเครื่องดมยาสลบมาตรฐานไม่ต่ำกว่า 1 เครื่องต่อ 1 ห้องผ่าตัด 7. มีถังออกซิเจนสำรองพร้อมใช้งานพร้อมเครื่องตรวจวัดเฝ้าระวังระดับออกซิเจน 8. เครื่องกระตุกหัวใจ (Defribillator) และ เครื่องเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างน้อย 1 เครื่องประจำอยู่ในห้องผ่าตัด 9. มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (Emergency Cart) พร้อมใช้งานทุกห้องผ่าตัด	2	มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องผ่าตัด และมีจำนวนเพียงพอ	
		1	มีบางรายการใช้ร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

แผนก 6 ทันตกรรม (Dent)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
Dent - สถานที่				
Dent-ส1 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสม	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงานในแผนกทันตกรรม พิจารณาดังนี้ 1. มีพื้นที่ให้บริการทันตกรรม (ที่ตั้งยูนิตทันตกรรม) ในแผนก ไม่น้อยกว่า 9 ตารางเมตร ต่อ 1 ยูนิตทันตกรรม 2. ในแผนก มียูนิตทันตกรรมมากกว่า 1 ยูนิต มีการแยกพื้นที่ยูนิตทันตกรรมแต่ละยูนิตเป็นสัดส่วนชัดเจน (เช่น กั้นห้องหรือมีฉากกั้นห้องในแต่ละยูนิต) 3. มีการจัดองค์ประกอบในแผนกฯเป็น 6 ส่วนคือ 3.1 ห้องตรวจ (หมายถึงห้อง Screen ผู้ป่วย) อนุโลมให้มีห้องตรวจคนไข้ในช่วงเวลาที่มีคนไข้มากและใช้ห้องดังกล่าวเป็นห้องให้การรักษาในช่วงที่คนไข้ลดลง 3.2 ห้องให้การรักษา 3.3 ห้องเอ็กซเรย์ (กรณีเครื่อง X-ray อยู่รวมกับแผนกรังสีวิทยาของโรงพยาบาลให้ถือว่ามีการจัดห้องเอ็กซเรย์เป็นสัดส่วน) 3.4 ห้องทำความสะอาดเครื่องมือ 3.5 ห้องปฏิบัติการฟันเทียม เครื่องมือจัดฟัน และเก็บวัสดุทันตกรรม 3.6 ห้องพักเจ้าหน้าที่ในแผนก	2	เป็นไปตามแนวทาง ทั้ง 3 ข้อ	
		1	ข้อที่ 1 หรือข้อที่ 2 เป็นไปตามแนวทาง และมี ข้อ 3.1 ถึง 3.6 เป็นไปตามแนวทางอย่างน้อย 3 ข้อ	
		0	ข้อที่ 1 หรือข้อที่ 2 ไม่เป็นไปตามแนวทาง หรือ มี ข้อ 3.1 ถึง 3.6 เป็นไปตามแนวทางน้อยกว่า 3 ข้อ	
Dent-ส2 มีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังแผนกอื่นๆ ในกรณีฉุกเฉินเพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการ	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาแผนกทันตกรรมอยู่ในบริเวณที่การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกระทำได้โดยสะดวก โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน พื้นที่ทางเดินควรเรียบเสมอกัน ไม่มีเสากีดกั้น กรณีที่ห้องบริการทันตกรรมอยู่ชั้นบนของอาคารควรมีลิฟต์หรือทางลาดเพื่อขึ้นไปประตูเข้าออกห้องตรวจรักษาควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 80 เซนติเมตร สามารถเคลื่อนย้ายรถเข็นสำหรับผู้พิการหรือ เปลเข็นย้ายผู้ป่วย (Stretcher) ขนาดมาตรฐานผ่านได้สะดวก	2	สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
Dent-ส3 มีบริเวณสำหรับให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอ ขนาดพอเหมาะ ไม่แออัด	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูสถิติจำนวนผู้รับบริการ โดยพิจารณาว่ามีบริเวณสำหรับให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอ มีพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีเก้าอี้นั่งรอจำนวนเพียงพอ ไม่แออัด	2	มีพื้นที่และเก้าอี้นั่งสำหรับผู้รับบริการทันตกรรมอย่างเพียงพอ	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรง พออนุโลมได้ ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Dent - บุคลากร				
Dent-ค1 ความเพียงพอของทันตแพทย์ ทันตาภิบาล/ผู้ช่วยทันตแพทย์	● พิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1. มีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำไม่น้อยกว่า 1 คน 2. มีการจัดบริการตรวจและให้บริการผู้ป่วยกรณีทันตกรรมเร่งด่วน 3. ไม่มีผู้ป่วยที่มาแล้วไม่ได้รับการตรวจ (โดยสอบถามจาก OPD หรือผู้ที่รอรับบริการ(อนุโลมให้แผนกมีการกำหนดเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการได้) 4. มีการนัดผู้ป่วยมารักษา ไม่เกิน 30 วันนับจากวันตรวจ โดยตรวจดูสมุดนัดผู้ป่วยเพื่อมาทำการรักษาต่อตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในกรณี อุดฟัน/ขูดหินน้ำลาย/ใส่ฟัน/ผ่าฟันคุด/รักษารากฟันน้ำนม 5. มีสัดส่วนทันตแพทย์ : ผู้ช่วยทันตแพทย์ข้างเก้าอี้ (Chairside Assistant) เป็น 1:1 (อนุโลมให้ใช้บุคลากรที่ไม่ได้มีวุฒิผู้ช่วยทันตแพทย์ แต่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ผู้ช่วยทันตแพทย์ได้)	2	เป็นไปตามแนวทาง ทั้ง 5 ข้อ	
		1	ข้อ 1 - 3 เป็นไปตามเกณฑ์ แต่ ข้อ 4 หรือ ข้อ5 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
		0	ข้อ 1 หรือ ข้อ 2 หรือ ข้อ 3 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (หมายถึงไม่มีทันตแพทย์ หรือ ไม่มีการจัดบริการตรวจและให้บริการผู้ป่วยกรณีทันตกรรมเร่งด่วน หรือ มีผู้ป่วยที่มาแล้วไม่ได้รับการตรวจบ่อยครั้ง (โดยที่ผู้ป่วยมาในเวลาที่แผนกกำหนด)	
Dent-ค2 หน่วยบริการตั้งแต่ 90 เตียงขึ้นไป จัดให้มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือทันตแพทย์ผ่านการอบรมหลังปริญญาปฏิบัติงานประจำไม่น้อยกว่า 1 คน ให้สอดคล้องกับการให้บริการ	● มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพครบทั้ง 4 ด้าน (รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู) โดยตรวจดูหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลว่ามี ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับประกาศนียบัตร/ปริญญา/วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร สาขาทันตกรรมทั่วไป หรือ สาขาอื่นที่สอดคล้องกับการให้บริการ ● กรณีหน่วยบริการขนาด 90 เตียงขึ้นไป ให้มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน 9	2	มีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมทั่วไป อย่างน้อย 1 คน และมีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นที่สอดคล้องกับการให้บริการร่วมด้วย	
		1	มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่มีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมทั่วไป	
		0	หน่วยบริการมีมากกว่า 90 เตียง แต่ไม่มีทันตแพทย์	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	สาขาได้แก่ 1.ทันตกรรมหัตถการ 2.ศัลยศาสตร์ในช่องปาก 3.ทันตกรรมประดิษฐ์ 4.ทันตกรรมปริทันต์ 5.ทันตกรรมเด็ก 6.วิทยาเอ็นโดดอนท์ 7.ทันตกรรมจัดฟัน 8.วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก 9.ทันตสาธารณสุข		ผู้เชี่ยวชาญใน 9 สาขา ที่สอดคล้องกับการให้บริการ	
		8	ไม่มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง	
Dent - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
Dent-อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุงหรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือ/อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทันตกรรมตามรายการที่กำหนดครบ และได้รับการ Calibrate ตามระยะเวลาที่กำหนด อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน มีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย 1. ยูนิตทำฟัน (Dental Master Unit) ที่มีระบบแสงสว่าง ระบบกรอฟันและระบบดูดน้ำลายได้มาตรฐานตามที่กระทรวงกำหนด 2. ชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อนในระหว่างการให้บริการ 3. เครื่องขูดหินปูนไฟฟ้า (Electric Scaler) 4. เครื่องฉายแสงสำหรับวัสดุอุดฟัน (Light Cured Unit) 5. เครื่องปั่นผสมอมัลกัม (Amalgamator) 6. มี Dental Mobile Cabinet / ตู้เก็บวัสดุอุปกรณ์เป็นสัดส่วน สะอาด 7. เครื่องเอ็กซเรย์ฟัน (Dental X-ray) ที่ผ่านการรับรอง 8. เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ (Autoclave) อนุโลมใช้ร่วมกับหน่วยจ่ายกลาง 9. มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลที่พร้อมใช้งานสำหรับผู้ให้บริการ (เช่น Face Shield Mask ถุงมือ ผ้าปิดปาก)	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในแผนกบริการทันตกรรม และมีจำนวนเพียงพอ	
		1	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในแผนกบริการทันตกรรม ไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

แผนก 7 เภสัชกรรม (Phar)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
Phar - สถานที่				
Phar-ส1 สถานที่จ่ายยามีพื้นที่เพียงพอและจัดส่วนทำงานอย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาสถานที่จ่ายยาเป็นห้องที่มีพื้นที่ในการจัดจ่ายยา กว้างขวางเพียงพอ เหมาะสมต่อการให้บริการ โดยมีป้ายแสดงความปลอดภัยในการใช้ยา ได้แก่ ป้ายแจ้งประวัติการแพ้ยา ป้ายแจ้งประวัติการตั้งครรภ์ มีพื้นที่สะอาด โปร่ง ไม่อับทึบ สะดวกต่อการที่จะส่งมอบยาแก่ผู้รับบริการ มีพื้นที่จัดเก็บยาอย่างเหมาะสม แยกจากกัน โดยจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระบบระเบียบ	2	ห้องจ่ายยามีพื้นที่เพียงพอและมีการจัดส่วนพื้นที่เหมาะสม	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ ห้องจ่ายยามีพื้นที่เพียงพอ แต่ไม่ได้แสดงการแจ้งประวัติการใช้ยา ป้ายแจ้งประวัติการตั้งครรภ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Phar-ส2 มีสถานที่สำหรับผู้รับบริการนั่งรอรับยาขนาดพอเหมาะ ไม่แออัด	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูสถิติจำนวนผู้รับบริการ โดยพิจารณาว่ามีบริเวณรอรับยาที่มีพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีเก้าอี้นั่งรอ ไม่แออัด อาจพิจารณาอัตราผู้ยืนรอรับยาต่อผู้รับยาทั้งหมด ณ เวลาเข้าตรวจประเมิน	2	สถานที่แยกเป็นสัดส่วน มีพื้นที่และเก้าอี้ นั่งรอรับยาเพียงพอ ไม่แออัด และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆ (ให้ระบุ ER) ได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Phar-ส3 มีบริเวณให้คำปรึกษาด้านยาที่เป็นสัดส่วน สอดคล้องกับสิทธิของผู้ป่วย	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้คำปรึกษาเรื่องยาหรือให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วยที่เป็นสัดส่วนเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สนองต่อสิทธิของผู้ป่วย และ มีการแสดงชื่อผู้ให้คำปรึกษาไว้อย่างชัดเจน มีระบบการระบายอากาศที่ดีเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	2	มีการจัดสถานที่ให้คำปรึกษาด้านยาแยกเป็นสัดส่วน ปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	
		1	มีการใช้สถานที่ร่วมกับแผนกอื่น ทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Phar-ส4 มีสถานที่เก็บสำรองยาเป็นสัดส่วน มีพื้นที่ขนาดเหมาะสมในการจัดเก็บ	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่าสถานที่เก็บสำรองยา (คลังยา) มีพื้นที่เพียงพอที่จะสามารถแยกเก็บยาได้เป็นสัดส่วน สะอาด โปร่ง ไม่อับทึบ มีความปลอดภัยมีการจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระเบียบถูกต้องตามหลักวิชาการ และแยกเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีคำสั่งผู้รับผิดชอบชัดเจนและมีการแยกเก็บกุญแจ	2	คลังยามีขนาดเหมาะสม และมีการจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระเบียบถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยมีพื้นที่เพียงพอ มีระบบการเก็บยาเป็นสัดส่วน เหมาะสม	
		1	มีพื้นที่ไม่เพียง พอ แต่มีการแยกเก็บยาเป็นสัดส่วน เหมาะสม	
		0	มีพื้นที่ไม่เพียงพอ การแยกเก็บยาไม่เป็นสัดส่วน ไม่เหมาะสม	
Phar-ส5 มีการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่าสถานที่เก็บสำรองยา (คลังยา) มีการควบคุมกำกับอุณหภูมิ ความชื้น ในการเก็บรักษายาและเวชภัณฑ์เพื่อรักษาคุณภาพยาและเวชภัณฑ์ อย่างเหมาะสม และมีการบันทึกติดตามที่เป็นปัจจุบัน	2	มีการควบคุมสภาวะแวดล้อมและมีการบันทึกติดตามที่เป็นปัจจุบัน	
		1	มีการควบคุมสภาวะแวดล้อม แต่ไม่มีการบันทึกติดตามที่เป็นปัจจุบัน	
		0	ไม่มีการควบคุมสภาวะแวดล้อม	
Phar – บุคลากร				
Phar-ค1 มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง	• ตรวจดูจำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำ ซึ่งมีใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ปฏิบัติงานในส่วนบริหารเวชภัณฑ์ บริการเภสัชกรรม รวมถึงบริการเภสัชกรรมคลินิก เป็นประจำในหน่วยบริการอย่างน้อย 1 คน และมีเภสัชกร 1 คน ต่อจำนวนเตียง 60 เตียง และ ทุก1-60 เตียงต้องเพิ่ม 1คน • กรณีเภสัชกรปฏิบัติงานกึ่งเวลา (part time) ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง โดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวม 12 เดือน นับเป็น 1 คน • กรณีเภสัชกรปฏิบัติงานที่หน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือรับผิดชอบงานอื่นด้วย เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (non UC)	2	มีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำที่ให้บริการตามเกณฑ์	
		1	มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำต่ำกว่าเกณฑ์ และมีพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของเภสัชกรทดแทน	
		0	ไม่มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำ หรือ อัตราโดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์และไม่มีพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	ร่วมด้วย ต้องมีจำนวนเภสัชกร เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์และ/หรือตามภาระงาน ให้คิดจำนวนชั่วโมงที่ต้องทำงาน 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน ต้องมีเพิ่มอีก 1 คน		ภายใต้การควบคุมของเภสัชกรทดแทน	
Phar-ค2 จัดบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงานร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีเภสัชกรปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะเวรผลัด หรือ สามารถเรียกได้ตลอด 24 ชั่วโมง	2	มีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรได้ตลอดเวลา	
		1	ไม่มีเภสัชกรปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง แต่ควรมีระบบการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร หรือสามารถเรียกเภสัชกรได้ตลอด 24 ชั่วโมง	
		0	ไม่มีระบบการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกร	
Phar – อุปกรณ์ เครื่องมือ				
Phar-อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ การซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ หรือครุภัณฑ์ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน อย่างเพียงพอ 1. ตู้เย็นสำหรับเก็บยา หรือเวชภัณฑ์อื่น หรือตู้ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิ 2. ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มีกุญแจปิดและเปิด 3. อุปกรณ์การนับเม็ดยา หรือถาดนับเม็ดยา สำหรับ เพนนิซิลิน ซัลฟา และ NSAID อย่างน้อย 2 ชุด หรือตามความสมควร 4. ตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์อื่น มั่นคงปลอดภัย จัดเป็นระเบียบค้นหาง่าย 5. อุปกรณ์ในการเตรียม ผสม และแบ่งบรรจุยาเพียงพอ และเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา	2	มีวิธีปฏิบัติของหน่วยบริการตามที่กำหนดในแผนกบริการเภสัชกรรมครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มีบางส่วนแต่ไม่สมบูรณ์ตามเกณฑ์	
		0	ไม่ได้ดำเนินการ หรือ ดำเนินการส่วนใหญ่ไม่เหมาะสม	

แผนก 8 เทคนิคการแพทย์ (Lab)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
Lab - สถานที่				
Lab-ส1 สถานที่มีความเหมาะสม สะดวกในการมาใช้บริการ	เป็นการตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้งดังนี้ <u>ด้านความเหมาะสม</u> ● ตั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ห่างจากจุดที่สามารถแพร่เชื้อ ไม่อยู่ใกล้แหล่งกำเนิดที่ทำให้เกิดแรงสั่นสะเทือน ● ตั้งอยู่ในจุดที่เชื่อมโยงกับกิจกรรมที่เกี่ยวเนื้อง ● ขนาดของพื้นที่มีความเหมาะสมโดยมีพื้นที่ปฏิบัติการโดยรวมไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร <u>ด้านความสะดวก</u> ● เป็นจุดที่สะดวกกับผู้มารับบริการที่จะเข้าถึงจุดบริการได้ หากส่วนที่เป็นจุดบริการ กับจุดปฏิบัติการอยู่แยกจากกันให้พิจารณาทั้งสองจุด ดังนั้น การผ่านเกณฑ์จะหมายถึงต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ส่วน หากจุดใดตก ให้พิจารณาความรุนแรงที่ตกเกณฑ์แล้วระบุว่าตกเกณฑ์ในจุดใด	2	ตั้งอยู่ในสถานที่/สิ่งแวดล้อม และมีขนาด ที่เหมาะสม และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว	
		1	ตั้งอยู่ในสถานที่/สิ่งแวดล้อม ที่ไม่เหมาะสมหรือมีขนาดพื้นที่ปฏิบัติการโดยรวมน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด หรืออยู่ในจุดที่ไม่สะดวกสำหรับผู้มารับบริการอย่างใดอย่างหนึ่ง	
		0	ตั้งอยู่ในสถานที่/สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและไม่สะดวกสำหรับผู้มารับบริการ	
Lab-ส2 การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่างๆ เหมาะสมตามขนาดและหน้าที่ความรับผิดชอบ	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ส่วนต่าง ๆ ในห้องปฏิบัติการว่ามีการจัดพื้นที่สำหรับการดำเนินการต่าง ๆ ดังนี้ 1. การเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย สถานที่เจาะเลือด ที่เก็บเสมหะ ห้องสุขา ที่เก็บเชื้อรา ไม่อยู่ที่เดียวกัน แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ และห้องเก็บเชื้อราต้องมิดชิด และพื้นที่พักรอสำหรับผู้ส่งสิ่งส่งตรวจอยู่ภายนอกห้องปฏิบัติการ 2. พื้นที่พักรอสำหรับผู้ส่งสิ่งส่งตรวจอยู่ภายนอกห้องปฏิบัติการ 3. พื้นที่การปฏิบัติการเฉพาะ แยกจากการตรวจประเภทอื่น เช่น ห้องธนาคารเลือด ห้องจุลชีววิทยาคลินิก 4. พื้นที่เก็บวัสดุอุปกรณ์และสารเคมี 5. พื้นที่ทำงานด้านเอกสาร 6. พื้นที่สำหรับทำความสะอาดอุปกรณ์ 7. พื้นที่พักสำหรับเจ้าหน้าที่	2	มีการจัดส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ครบถ้วนและแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน เพียงพอกับการให้บริการ	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้าง แต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับรุนแรงมีผลต่อบริการและไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาอันสั้น	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
Lab-ส3 มีอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องปฏิบัติการ และแยกอ่างสะอาดและอ่างสกปรก	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณามีอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องปฏิบัติการ และ แยกอ่างสะอาดและอ่างสกปรก	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Lab-ส4 มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย การระบายอากาศดี และมีอุณหภูมิห้องที่เหมาะสมและมีระบบการจัดการด้านความปลอดภัย	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาความสะอาดทั่วทั้งห้องรวมทั้งพื้นห้อง การจัดวางเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เรียงเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศภายในห้องโดยมีช่องระบายอากาศหรือพัดลมดูดอากาศเพื่อระบายกลิ่น ควัน ไอที่เกิดขึ้น มีแสงสว่างเพียงพอ และมีระบบการจัดการด้านความปลอดภัย โดยพิจารณาจากมีการเตรียมพร้อมสำหรับการดับเพลิง อุปกรณ์ด้านความปลอดภัยส่วนบุคคลต่างๆ รวมถึงการจัดการ และแนวทางปฏิบัติ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการระดับที่ไม่รุนแรง พออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้และไม่มีผลด้านความปลอดภัยกับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มารับบริการ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Lab-ส5 มีการเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อขยะอันตรายและของมีคมแยกจากขยะทั่วไป	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดการขยะติดเชื้อ และขยะอันตรายจากขยะทั่วไปภายในห้องปฏิบัติการ ว่ามีภาชนะจัดเก็บขยะติดเชื้อที่มีลักษณะเหมาะสม และมีการขนย้ายไปกำจัดทุกวัน	2	แยกครบ มีการแยกขยะติดเชื้อ ขยะอันตรายออกจากขยะทั่วไป	
		1	แยกไม่ครบ	
		0	ไม่แยกอะไรเลย	
Lab - บุคลากร				
Lab-ค1 นักเทคนิคการแพทย์อย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง	ตรวจดูจำนวนนักเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานประจำจากตารางปฏิบัติงาน และ/หรือ เอกสารจากงานบุคลากร โดยมีนักเทคนิคการแพทย์อย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คนต่อ 60 เตียง โรงพยาบาลขนาด 61-90 เตียง ต้องมี 2 คน และ โรงพยาบาลที่มีขนาดมากกว่า 90 เตียง ทุก 60 เตียงต้องเพิ่ม 1คน และเศษปัดขึ้น	2	มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานครบตามเกณฑ์	
		1	มีนักเทคนิคการแพทย์ จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์	
		0	ไม่มีนักเทคนิคการแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ปฏิบัติงาน	
Lab-ค2 จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานให้บริการทางเทคนิคการแพทย์ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวรเพื่อดูว่ามีบุคลากร ตามประเภทการให้บริการทางพยาธิวิทยา ปฏิบัติงานประจำในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ ตลอด 24 ชั่วโมง	2	กรณีโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงขึ้นไป มีบุคลากรปฏิบัติงานในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 เตียง มีบุคลากรปฏิบัติงานในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง หรือเรียกตามตัวได้ตลอดเวลา	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
		1	กรณีโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงขึ้นไป มีบุคลากรปฏิบัติงานในลักษณะเวรผลัดไม่ครบ 24 ชั่วโมง แต่สามารถเรียกตามตัวได้ตลอดเวลา กรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 เตียง มีบุคลากรปฏิบัติงานในลักษณะเวรผลัด ไม่ครบ 24 ชั่วโมง หรือสามารถเรียกตามตัวได้บางเวลา	
		0	ไม่มีการจัดบุคคลากรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและไม่มีระบบตามตัว	
Lab - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
Lab-อ1 มีอุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมใช้งาน	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่กำหนดครบที่ได้รับการ Calibrate ตามระยะเวลาที่กำหนด และอยู่ในสภาพพร้อมใช้ 1. กล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายถึง 1,000 เท่า 2. เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจนับจำนวนเซลล์ เช่น เครื่องนับเซลล์อัตโนมัติเครื่องนับเม็ดเลือด เครื่องวิเคราะห์ความเข้มข้นของสาร ประกอบด้วย (1) Spectrophotometer หรือ Chemistry Analyzer หรือ Photometer (2) Electrolyte Analyzer 3. เครื่องมือควบคุมอุณหภูมิในการตรวจวิเคราะห์ 4. มีเครื่องปั่นตกตะกอน (Centrifuge) 5. ตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจและน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์ 6. มีตู้เย็นเก็บเลือด สำหรับงานทางธนาคารเลือด 7. มีเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อโรคด้วยความดันไอน้ำ (Autoclave) กรณีมีการเพาะเชื้อ 8. มีตู้ปฏิบัติการปลอดเชื้อระดับ 1 ขึ้นไป 9. มีเครื่องตรวจวิเคราะห์อื่นๆ ที่เหมาะสมกับการบริการ	2	มีครบตามรายการที่กำหนดประจำอยู่ใน แผนกบริการเทคนิคการแพทย์และพร้อมใช้งาน	
		1	มีครบ แต่บางส่วนไม่สมบูรณ์ในการใช้งาน	
		0	มีเครื่องมือไม่ครบตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
lab-o2 อุปกรณ์มีการสอบเทียบ ซ่อมบำรุงหรือการตรวจสภาพการใช้งาน	แนวทางการพิจารณา ดูบันทึกการสอบเทียบ การซ่อมบำรุง หรือการตรวจสภาพการใช้งาน ว่าได้รับการดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด	2	มีการสอบเทียบและบำรุงรักษาครบถ้วน	
		1	มีการสอบเทียบ การบำรุงรักษาไม่ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการสอบเทียบและการบำรุงรักษา	

แผนก 9 รังสีวินิจฉัย (X-rays)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
X-rays - สถานที่				
X-rays-ส1 ห้องตรวจทางรังสีวิทยา อาคารหรือส่วนของอาคารที่ให้บริการแยกเฉพาะจากส่วนบริการอื่นที่มีผู้รับบริการ แต่ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้ง ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆ อย่างเป็นสัดส่วน และสะดวกต่อการเข้าถึงบริการของผู้มารับบริการทุกแผนก มีลักษณะสะดวกต่อการเข้าถึง ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสัดส่วน อยู่ในจุดที่เชื่อมโยงกับแผนกอื่นๆ ได้สะดวกและมีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน	2	สถานที่แยกเป็นสัดส่วน และและผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว	
		1	สถานที่ไม่แยกเป็นสัดส่วนหรือผู้เข้ารับบริการไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่ไม่แยกเป็นสัดส่วนและผู้เข้ารับบริการไม่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก	
X-rays-ส2 การจัดแบ่งสัดส่วนพื้นที่ใช้งาน เป็นสัดส่วนชัดเจน มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ เหมาะสม	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ส่วนต่างๆ ภายในแผนกรังสีวิทยา ดังนี้ 1. ห้องเก็บฟิล์ม มีการจัดพื้นที่สำหรับ เก็บฟิล์มเพียงพอ สะดวกต่อการค้นและเก็บฟิล์ม มีการระบาย อากาศดี 2. ห้องเปลี่ยน เสื้อผ้า มิดชิดเพียงพอ ปลอดภัย 3. พื้นที่รอบริการ มีพื้นที่อย่างเพียงพอ	2	มีการจัดส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์และ เหมาะสมและเพียงพอ	
		1	มีส่วนขาดที่ส่วนใดส่วนหนึ่งทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าหน่วยบริการสามารถแก้ไขได้	
		0	มีส่วนขาดที่เป็นปัญหารุนแรงมีอุปสรรคต่อผู้รับบริการ และหน่วยบริการไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ	
X-rays-ส3 ห้องตรวจทางรังสีวิทยา มีขนาดเหมาะสม สะดวกต่อการให้บริการ	● สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูว่ามีขนาดพื้นที่เหมาะสมเพียงพอต่อการให้บริการตามความสามารถของหน่วยบริการนั้น ซึ่งทำให้ต้องมีห้องตรวจประเภทต่างๆ เช่น ห้องตรวจเอกซเรย์ทั่วไป ห้องตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ห้องตรวจด้วยเครื่องส่องตรวจทางรังสี การตรวจทางรังสีโดยใช้สารทึบแสง ● ห้องตรวจทางรังสีวิทยาแต่ละห้องต้องมีขนาดเหมาะสม	2	ห้องตรวจทางรังสีวิทยา มีขนาดพื้นที่เหมาะสม	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	มีส่วนขาดที่เป็นปัญหารุนแรงมีอุปสรรคต่อ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
			ผู้รับบริการ และหน่วยบริการไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ	
X-rays-ส4 ห้องบริการทางรังสีวิทยา ต้องสามารถป้องกันอันตรายจากรังสีได้และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ตรวจดูเอกสารการตรวจสอบว่ามีใบอนุญาตมีไว้เพื่อครอบครองซึ่งเครื่องกำเนิดรังสี หรือมีรายงานผลการตรวจของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อผลิตหรือใช้พลังงานจากเครื่องกำเนิดรังสี (ซึ่งจะครอบคลุมทั้งเรื่องเครื่องและห้อง) โดยเป็นใบอนุญาตที่เป็นปัจจุบัน	2	มีใบอนุญาตหรือรายงานผลการตรวจครบทุกเครื่อง	
		1	มีใบอนุญาตหรือรายงานผลการตรวจ แต่ไม่ครบทุกเครื่อง	
		0	ไม่มีใบอนุญาตหรือรายงานผลการตรวจ	
X-rays-ส5 มีป้ายเตือนผู้รับบริการถึงอันตรายของรังสี	สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ตรวจดูว่ามีการระมัดระวังและป้องกันไม่ให้ผู้มารับบริการได้รับรังสีเกิน โดยมีการติดป้ายคำเตือน สัญลักษณ์เตือนภัยทางรังสี ที่จุดทางเข้าและพื้นที่ควบคุม และสัญญาณไฟบ่งชี้บริเวณที่มีรังสี ในขณะกำลังใช้งานเครื่องกำเนิดรังสี 1. มีป้ายคำเตือนผู้ป่วยที่มีครรภ์ให้แจ้งแก่เจ้าหน้าที่ 2. มีป้ายสัญลักษณ์แสดงเขตรังสีและไฟสัญญาณแสดงขณะใช้งานเครื่องกำเนิดรังสี	2	มีสัญญาณไฟแสดงสถานะและป้ายเตือนครบตามรายการที่กำหนด อยู่บริเวณห้องเอกซเรย์	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
X-rays - บุคลากร				
X-rays–ค1 จัดนักรังสีเทคนิคไม่น้อยกว่า 1 คนต่อ 60 เตียง และจัดเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคอย่างน้อย 1 คน	• ตรวจดูว่ามีนักรังสีเทคนิค ซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพสาขารังสีเทคนิค ปฏิบัติงานเป็นการประจำในหน่วยบริการ จำนวนเท่าใด • การคำนวณหาสัดส่วน ให้มีนักรังสีเทคนิค 1 คน ต่อจำนวนเตียง 60 เตียง และ ทุก 1-60 เตียงต้องเพิ่ม 1คน • ตรวจดูว่ามีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคอย่างน้อย 1 คน • กรณีปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา (part time) ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคนที่ปฏิบัติงานจริงโดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน	2	มีนักรังสีเทคนิคประจำตลอดเวลาทำการ และมีจำนวนที่ให้บริการครบตามเกณฑ์ และเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคอย่างน้อย 1 คน	
		1	มีนักรังสีเทคนิคประจำ หรือเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคตลอดเวลาทำการ แต่มีจำนวนที่ให้บริการน้อยกว่าเกณฑ์	
		0	ไม่มีนักรังสีเทคนิคที่ปฏิบัติงานประจำ	
X-rays-ค2 จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะของ	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวรเพื่อดูว่ามีบุคลากรตามประเภทการให้บริการทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานประจำ	2	มีบุคลากรทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชั่วโมง	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
เวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	ในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ ตลอด 24 ชั่วโมง	1	มีบุคลากรทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง โดยนอกเวลาปกติใช้วิธีการเรียกตามตัว	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
X-rays - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
X-rays-อ1 เครื่องเอ็กซ์เรย์และเครื่องล้างฟิล์มที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์	สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อดูว่ามีเครื่องเอกซเรย์ ขนาด ไม่ต่ำกว่า 300 ma ซึ่งมีเครื่องกำเนิด/ผลิตรังสี ที่ได้รับการตรวจและรับรองตามมาตรฐานจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือหน่วยงานที่สำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติให้การรับรอง โดยให้แสดงใบการรับรองที่เป็นปัจจุบัน และตรวจดูบันทึกการซ่อมบำรุง หรือการตรวจสภาพการใช้งาน	2	มีอุปกรณ์ เครื่องมือที่ได้มาตรฐานที่พร้อมใช้งาน ประจำในแผนกบริการรังสีวิทยา	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
X-rays-อ2 อุปกรณ์วัด และป้องกันอันตรายจากรังสี	สังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อดูว่าบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่มี / ติดเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี ส่วนบุคคล เช่น ฉากกำบังรังสี อุปกรณ์วัดระดับปริมาณรังสีประจำบุคคล และมีรายงานผลอย่างต่อเนื่อง เช่น เสื้อตะกั่ว ถุงมือ แว่นตา ไทรอยด์ Shield สำหรับการ X-rays ฟัน ถุงมือในกรณีที่มีเครื่อง X-rays Fluoroscopy โดยพิจารณาตามบริการที่จัด และมีจำนวนเพียงพอตามความจำเป็นในการให้บริการ	2	มีอุปกรณ์วัด และป้องกันอันตรายจากรังสี ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนดประจำ และตามภาระกิจการให้บริการ อยู่ใน แผนกบริการรังสีวิทยา	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
X-rays-อ3 ชุดอุปกรณ์ยา และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 ชุด	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืน มีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน	2	มีรายการอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ ประจำอยู่ใน แผนกบริการรังสีวิทยา	
		1	มีบางส่วน ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามรายการแต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา หรือมีกริ่งแจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังห้อง ER	
		0	ไม่มีรายการอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ ประจำอยู่ในแผนกบริการรังสีวิทยา และไม่มีระบบในการช่วยฟื้นคืนชีพ	

แผนก 10 การหอผู้ป่วยหนัก/เวชบำบัดวิกฤต (ICU)

หลักการพิจารณา

- จำนวนเตียงให้ใช้ตามจำนวนเตียงที่เปิดจริง ในกรณีนี้ไม่รวม CCU หรือ NICU
- กรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 90 เตียง และไม่มีบริการ ICU คะแนนจะเป็น 8 ทุกข้อ

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ICU – สถานที่				
ICU-ส1 ที่ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นเป็นสัดส่วน มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยหนักกับห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน หน่วยรังสี	พิจารณาว่า สถานที่ปฏิบัติงานแยกเป็นสัดส่วน มีเส้นทางเชื่อมต่อ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นได้สะดวก รวดเร็ว	2	ที่ตั้งเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆ ได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรง พออนุโลมได้ ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU–ส2 ต้องมีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักให้บริการอย่างน้อย 2 เตียง และในสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 เตียง ต่อจำนวนเตียง 50 เตียง	พิจารณาการจัดให้มีบริการหอผู้ป่วยหนักในหน่วยบริการ พิจารณาจากจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักว่ามีจำนวนอย่างน้อย 2 เตียง และในอัตราส่วนจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก ต่อ เตียงของหน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 1: 50	2	มีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 2 เตียง และในสัดส่วนตามเกณฑ์	
		1	มีจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 2 เตียง แต่มีสัดส่วนไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU–ส3 ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2 เมตร	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาดูสภาพภายในหอผู้ป่วยหนักว่ามีการจัดเตียงผู้ป่วยเหมาะสมหรือไม่ มีการจัดระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วยแต่ละเตียง ไม่น้อยกว่า 2 เมตร ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเข้าช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตได้สะดวก รวดเร็ว	2	ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2 เมตร	
		1	ระยะห่างระหว่างเตียง 1.5 – 1.9 เมตร	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
		0	ระยะห่างระหว่างเตียงน้อยกว่า 1.5 เมตร	
ICU–ส4 มีการแบ่งพื้นที่เพียงพอและเป็นสัดส่วน	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยหนักเป็นสัดส่วนแยกเขตสะอาด เขตสกปรก เขตควบคุม หรือห้องแยก โดยมีแนวทางปฏิบัติในการใช้พื้นที่ดังกล่าว เพื่อป้องกันการติดเชื้อการปนเปื้อนจากภายนอก	2	การจัดสัดส่วนครบถ้วนตามเกณฑ์ และ มีการปฏิบัติในการใช้สอยพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		1	บางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU - บุคลากร				
ICU-ค1 มีแพทย์เวรพร้อมให้บริการประจำหอผู้ป่วยหนัก อย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และตรวจดูจากบันทึกการจัดตารางเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวรประจำอยู่ในหอผู้ป่วยหนักตลอดเวลา หรือ สามารถตามแพทย์มาดูได้เมื่อมีผู้ป่วย หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	2	มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	
		1	ตามแพทย์เมื่อมีผู้ป่วย หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU-ค2 มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเป็นไปตามมาตรฐานสภาการพยาบาลกำหนด	ดูจากบันทึกการจัดตารางเวร เพื่อดูว่ามีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 2 คน ในแต่ละเวรในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง	2	สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 2 คน ในแต่ละเวรในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง	
		1	สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลเทคนิค 1 คน ต่อ ผู้ป่วย 2 คน ในแต่ละเวรในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง	
		0	มีสัดส่วนต่ำกว่าที่กำหนด	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
ICU - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
ICU-อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย 1. เครื่องช่วยหายใจ (Respirator) ไม่น้อยกว่า 1 เครื่อง ต่อเตียง ICU 1 เตียง 2. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG Monitor) ครอบคลุมผู้ป่วยทุกเตียง 3. เครื่องวัดความอิ่มตัวของ Oxygen ในเลือด (Oxygen Sat. Analyzer) 4. เครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) 5. Blood Gas Analyser (อนุโลมใช้ร่วมกับห้อง Lab ได้) 6. Pipeline System ข้างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่าย Medical Gas (ถังออกซิเจน) 7. รถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (Emergency Cart) ประจำ 7.1 มีอุปกรณ์ต่อไปนี้พร้อมใช้งาน : Self Inflating Bag, Laryngoscope, Oral Airway, Endotracheal Tubes ขนาดต่างๆ 7.2 มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPR Guideline ของหน่วยงาน โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 8. ชุดเครื่องมือเวชหัตถการฉุกเฉิน	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในหอผู้ป่วย และมีจำนวนเพียงพอ (อนุโลมกรณีใช้ Blood Gas Analyser ร่วมกับหน่วยงานอื่น)	
		1	บางรายการใช้ร่วมกับหน่วยอื่น หรือ บางรายการมีจำนวนไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งานไม่ครบทุกรายการที่กำหนด หรือ มีจำนวนรายการครบแต่ไม่เพียงพอ หรือไม่พร้อมใช้งาน หรือไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

แผนก 11 กายภาพบำบัด (PT)

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
PT-สถานที่				
PT-ส1 สถานที่มีความเหมาะสม สะดวกในการมาใช้บริการ	ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณา 1. สถานที่ต้องมีลักษณะสะดวกต่อการเข้าถึงสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ เช่น มีทางลาดสำหรับรถเข็น 2. แยกจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นสัดส่วน 3. มีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน 4. ตั้งอยู่ในจุดที่เชื่อมโยงกับแผนกอื่นๆ ได้สะดวก	2	เป็นไปตามเกณฑ์ครบถ้วนทั้ง 4 ข้อ	
		1	เป็นไปตามเกณฑ์ในข้อที่ 1 ข้อที่ 2 และข้อที่ 3	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในข้อที่ 1 - 3	
PT-ส2 การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่างๆ เหมาะสมตามขนาด และหน้าที่ความรับผิดชอบ	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ส่วนต่าง ๆในห้องปฏิบัติการว่ามีการจัดพื้นที่สำหรับการดำเนินการต่างๆ ดังนี้ 1. พื้นที่สำหรับการรักษามีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง หรือมีพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 20 ตารางเมตร ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 80 เซนติเมตร 2. พื้นที่สำหรับวิเคราะห์การเคลื่อนไหว ฝึกเดิน และฝึกการเคลื่อนไหว ความกว้างไม่น้อยกว่า 2 เมตร และยาวไม่น้อยกว่า 10 เมตร 3. พื้นที่สำหรับการใช้เครื่องมือการรักษาด้วยไฟฟ้าความถี่สูงแยกออกจากเครื่องมือไฟฟ้าอื่นๆ 4. พื้นที่เก็บอุปกรณ์การออกกำลังกาย 5. พื้นที่จัดเก็บเอกสารและบันทึกข้อมูล 6. พื้นที่ห้องพักบุคคลากร	2	เป็นไปตามเกณฑ์ครบทั้ง 6 ข้อ	
		1	มีการจัดแบ่งพื้นที่ ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่มีปัญหาในการบริการอยู่บ้างและสามารถแก้ไขได้	
		0	มีการจัดแบ่งพื้นที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์และมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการ	
PT-ส3 มีอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องรักษา	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณามีอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องรักษา	2	มีอ่างล้างมือที่มีลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีอ่างล้างมือแต่เป็นก๊อกน้ำเป็นแบบใช้มือหมุน	
		0	ไม่มีอ่างล้างมือแยกต่างหาก	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
PT-ส4 มีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย การระบายอากาศดี และมีอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณา 1. ความสะอาดทั่วทั้งห้อง รวมทั้งพื้นห้อง 2. การจัดวางเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆเป็นเรียงเป็นระเบียบ 3. มีการระบายอากาศภายในห้องโดยมีช่องระบายอากาศ 4. มีแสงสว่างเพียงพอ	2	เป็นไปตามเกณฑ์ทั้ง 4 ข้อ	
		1	เป็นไปตามเกณฑ์อย่างน้อย 3 ข้อ	
		0	เป็นไปตามเกณฑ์น้อยกว่า 3 ข้อ	
PT-ส5 มีห้องน้ำสำหรับคนพิการ	ตรวจดูสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณา 1. ความพร้อมของห้องน้ำคนพิการที่รถเข็นสามารถเข้าถึงได้ในระยะไม่เกิน 4 เมตรจากจุดที่รับบริการ 2. ความสะอาดและมีราวจับภายในห้องน้ำ 3. มีปุ่มฉุกเฉินในห้องน้ำสำหรับขอความช่วยเหลือ	2	ครบถ้วนทั้ง 3 ข้อ	
		1	เป็นไปตามเกณฑ์ในข้อ 1 และข้อ 2 หรือ 3	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ในข้อ 1	
PT – บุคลากร				
PT–ค1 จัดนักกายภาพบำบัดไม่น้อยกว่า 1 คนต่อ 30 เตียง	• ตรวจดูว่ามีนักกายภาพบำบัด ซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพสาขากายภาพบำบัด ปฏิบัติงานเป็นการประจำในหน่วยบริการ จำนวนเท่าใด • การคำนวณหาสัดส่วน ให้มีนักกายภาพบำบัด 1 คน ต่อจำนวนเตียง 30 เตียง และในกรณีที่มากกว่า 120 เตียง ต้องเพิ่มนักกายภาพบำบัด 1 คน ต่อ 1 - 60 เตียงที่เพิ่มขึ้น • กรณีหน่วยบริการนั้นมีสถานะหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย หรือรับผิดชอบงานอื่น เช่น งานเยี่ยมบ้าน งานดูแลผู้ป่วย subacute ร่วมด้วย ต้องมีจำนวนนักกายภาพบำบัด เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์และ/หรือตามภาระงาน ให้คิดจำนวนชั่วโมงที่ต้องทำงาน 160 ชั่วโมงต่อเดือน และต้องปฏิบัติตลอด 12 เดือน ต้องมีเพิ่มอีก 1 คน • กรณีปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา (Part Time) ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคนที่ปฏิบัติงานจริงโดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน	2	มีนักกายภาพบำบัด ประจำตลอดเวลาทำการและมีจำนวนที่ให้บริการครบตามเกณฑ์	
		1	มีนักกายภาพบำบัด ประจำตลอดเวลาทำการแต่มีจำนวนที่ให้บริการน้อยกว่าเกณฑ์	
		0	ไม่มีนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานประจำ	

เกณฑ์ตรวจ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
PT - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
PT-อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	● สังเกตสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ และบันทึกการซ่อมบำรุง ● ตรวจสภาพการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่กำหนดครบที่ได้รับการ ตรวจสอบตามระยะเวลาที่กำหนด และอยู่ในสภาพพร้อมใช้ ดังนี้ 1. เครื่องแช่แผ่นเก็บความร้อน (Hydrocollator Unit) 2. อุปกรณ์การออกกำลังกาย (Weight, Bycycle) 3. อุปกรณ์การฝึกเดิน (Cane, Crutch, Walker) 4. โต๊ะหมุนและแผ่นหมุนให้ตั้งตรง (Tilt Table and Tilt Board) 5. เครื่องผลิตคลื่นเหนือเสียงเพื่อรักษา (Ultrasonic Therapy Machine) 6. เครื่องกำเนิดความร้อนด้วยคลื่นสั้น (Shortwave Diathermy) 7. เครื่องดึงกระดูกสันหลังไฟฟ้า (Electrical Traction Machine) 8. เครื่องกระตุ้นกระแสไฟฟ้า (Electrical Stimulator) 9. ถังแช่พาราฟิน (Paraffin Wax Bath Unit) 10. Ambu Bag 11. Oxygen ใช้ร่วมกันกับแผนกอื่นได้	2	มีอุปกรณ์ครบถ้วน และทุกรายการมีสภาพพร้อมใช้งาน มีบันทึกการตรวจสอบสภาพและการซ่อมบำรุง	
		1	มีรายการอุปกรณ์ครบถ้วน แต่มีบางรายการไม่มีสภาพพร้อมใช้งาน หรือมีรายการอุปกรณ์ครบถ้วน มีสภาพการใช้งานแต่ไม่มีบันทึกการตรวจสอบและการซ่อมบำรุง	
		0	มีอุปกรณ์ไม่ครบถ้วน	