สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียน

หน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

มิถุนายน 2552

คำนำ

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

การปฏิบัติตามข้อบังคับและประกาศ ดังกล่าว ได้เริ่มดำเนินการเป็นครั้งแรกในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ประจำปี 2549 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปี 2549 ให้สำนักงานสาขาจังหวัดใช้ประกอบการทำงาน เมื่อเสร็จสิ้นการทำงานแล้วสำนักงานฯได้ทำการประเมินผล เพื่อพัฒนาแนวทางการตรวจประเมินดังกล่าว โดยมีการเพิ่มคำจำกัดความ ปรับปรุงแบบฟอร์มการตรวจประเมิน วิธีการประเมิน และเกณฑ์การให้คะแนน ให้มีความชัดเจน วัด/ประเมินได้ และสะดวกต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น เพื่อใช้ประกอบการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2551 เป็นต้นไป สำนักงานฯ หวังว่าแนวทางการตรวจประเมินหน่วยบริการฉบับปรับปรุงนี้ จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในการใช้เป็นแนวทางปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ จากหน่วยบริการที่มีมาตรฐาน ต่อไป

สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
มิถุนายน 2552

สาระสำคัญของการตรวจประเมินหน่วยบริการ

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

เกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายสูงสุดที่มุ่งบรรลุ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเพื่อให้เกิดการสร้างและพัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการ ส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุนในการจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขแก่หน่วยบริการแต่ละประเภท ทั้งนี้ เพื่อความเท่าเทียม ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในที่สุด

วิธีปฏิบัติในการตรวจประเมินหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

สถานบริการที่ต้องได้รับการตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

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

หลักการของเกณฑ์ตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ

การจัดทำเกณฑ์และแบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ของ สปสช.จะใช้เกณฑ์ที่อ้างอิงตามมาตรฐาน/เกณฑ์ต่างๆ ที่มีการใช้ปฏิบัติอยู่แล้ว ดังนี้

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

ทั้งนี้ เกณฑ์การขึ้นทะเบียนของ สปสช. จะเพิ่มเติมในเรื่องของการพิจารณาศักยภาพในการรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ การจัดระบบภายในที่รองรับการบริการสำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการระดับทุติยภูมิ / ตติยภูมิ ที่มีการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำหรับบริการเฉพาะทางต่างๆจะมีการจัดทำเพิ่มเติมขึ้นเป็นการเฉพาะตามประเภทบริการ เช่น เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการเฉพาะทางหัวใจ มะเร็ง อุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งจะมีการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้น

เกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อ ที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. พิจารณา ดังนี้

1. ศักยภาพการบริการ เป็นการพิจารณาขีดความสามารถในการให้บริการสาธารณสุข ต่อจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนโดยพิจารณาจากจำนวนเตียงผู้ป่วยในต่อประชากรที่ลงทะเบียน และ สัดส่วนของเตียงที่มีความจำเป็นต่อการให้บริการ คือ การบริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และในกรณีหน่วย

บริการขนาด100 เตียงขึ้นไป ควรต้องมีการบริการหออภิบาล (หอผู้ป่วยหนัก) ตลอดจนการคำนึงถึงความสามารถการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

2. ด้านลักษณะสำคัญของการจัดบริการ เป็นการบอกลักษณะหรือคุณสมบัติที่ต้องมีในระบบบริการของหน่วยบริการรับส่งต่อ คือ มีการให้บริการ 24 ชั่วโมง หมายถึงการบริการที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ อาคารสถานที่ ที่จะสามารถให้บริการได้ทันทีโดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินหรือการรับส่งต่อ การจัดบริการที่บอกลักษณะของบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ หรือเฉพาะทาง โดยกำหนดแผนกบริการที่มีความสำคัญ คือ บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการศัลยกรรม บริการสูติกรรม และบริการหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ในกรณีหน่วยบริการมากกว่า 100 เตียง และให้คำนึงถึงการจัดกระบวนการให้บริการที่ได้ครบวงจร มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการอื่น

3. ด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย หากมีการตรวจประเมินคุณภาพ หรือการรับรองทางกฎหมายจากหน่ายงานที่เกี่ยวข้องโดยมีการแสดงเอกสารหรือหลักฐานที่เป็นปัจจุบันได้ ให้ถือว่าการตรวจประเมินในหัวข้อประเด็นนี้ผ่านไปได้ เว้นแต่เกิดการตรวจพบหรือมีข้อสังเกตที่ผิดปกติ มีความจำเป็นต้องตรวจเพื่อประเมินความถูกต้อง ก็ให้ดำเนินการตรวจได้

4. ด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล โดยยึดหลักการดังนี้

- ด้านอัตรากำลัง ให้เป็นไปตามสัดส่วนต่อประชากรที่ลงทะเบียน หรือในบางกรณีที่ยังไม่สามารถบอกภาระงานได้ก็ยึดหลักเกณฑ์ของแบบตรวจประเมินอื่นๆที่มีบังคับใช้อยู่แล้ว
- จำนวนบุคลากรส่วนหนึ่ง ต้องอยู่เป็นการประจำตามสัดส่วนที่กำหนด
- บุคลากรที่ปฏิบัติการในระดับหัวหน้างาน หรืออาจเรียกเป็นอย่างอื่น ควรต้องมีลักษณะของการปฏิบัติงานเป็นการประจำแผนก และมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในแผนกที่รับผิดชอบพอสมควรตามที่กำหนดไว้
- ลักษณะบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นการชั่วคราว (part time) ให้พิจารณาตามความเหมาะสมของหน่วยบริการนั้น ทั้งในด้านภาระงาน ความขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ หรือ การจัดการบริการพิเศษเสริมขึ้นมา แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและความรับชอบของบุคลากรประเภทหรือชนิดเดียวกันที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำ ในเกณฑ์นี้ยังไม่ได้กำหนดสัดส่วนภาระงานระหว่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ กับชั่วคราวว่าเป็นเท่าไร
- กรณีศักยภาพของหน่วยบริการมีมากกว่า100เตียง ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อยู่เป็นการประจำด้วย ทั้งนี้รวมทั้งทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

5. ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ได้กำหนดสิ่งที่จำเป็นต่อการดูแลเพื่อการช่วยชีวิตหรือภาวะฉุกเฉิน และผู้ป่วยหนักเป็นสำคัญ และมีความจำเป็นกับแผนกบริการที่มีลักษณะการให้บริการตั้งแต่ระดับทุติยภูมิขึ้นไป

6. ด้านการบริหารจัดการและการจัดการคุณภาพ เน้นด้านระบบและกระบวนการจัดการคุณภาพ โดยพิจารณาตัวระบบ แผนงาน และมีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน

ผู้รับผิดชอบ

ทีมผู้ตรวจประเมินที่สำนักงานสาขาเขตร่วมกับสำนักงานสาขาจังหวัด แต่งตั้งขึ้นประกอบด้วยผู้ให้บริการจากสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการอบรมหรือประชุมชี้แจงเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้น

ทะเบียนหน่วยบริการ

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พศ. 2550
2. คู่มือการบริหารงานขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพสุขภาพถ้วนหน้า พศ. 2550
3. คู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ขั้นตอนการตรวจประเมินหน่วยบริการ

1. ประเมินข้อมูลเบื้องต้น ทีมผู้ตรวจประเมินที่รับผิดชอบ ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยบริการจากข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนที่ผ่านมาหรือข้อมูลการประเมินที่หน่วยบริการส่งมาเบื้องต้น
2. ออกตรวจประเมินหน่วยบริการรับการส่งต่อ ทีมผู้ตรวจประเมินออกไปตรวจหน่วยบริการที่รับการส่งต่อว่ามีคุณสมบัติตามข้อมูลที่เสนอ โดยการสังเกต การซักถาม และการดูเอกสารหลักฐาน แบ่งการตรวจ เป็น 2 ส่วน คือ การตรวจหน่วยบริการในภาพรวม และ การตรวจในรายแผนกบริการ 10 แผนก ตัดสินให้คะแนนแต่ละข้อ จนครบทุกข้อ บันทึกลง

ในแบบตรวจประเมินหน่วยบริการรับการส่งต่อ

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ

2 = มี / ดำเนินการได้ครบถ้วน ตามเกณฑ์ หรือ ดีกว่าเกณฑ์ ที่กำหนด

1 = มี / ดำเนินการแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ แต่อนุโลมให้ผ่าน โดยต้องมีแผนพัฒนาในช่วงเวลาที่ชัดเจน

0 = ไม่มี/ไม่ได้ดำเนินการ /ไม่เป็นไปตามเกณฑ์

8 = ไม่ได้ประเมิน ในกรณีที่หน่วยบริการมีขนาด < 100 เตียง และเป็นข้อที่หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการนั้น ๆ

กรณีสถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนใหม่

ในข้อใดที่ได้คะแนน 0 หรือ 1 ให้ผู้ตรวจประเมิน บันทึกความเห็น เงื่อนไข ข้อจำกัดของหน่วยบริการ หรือ สิ่งที่ต้องปรับปรุง ลงในท้ายข้อนั้นๆ โดยพิจารณาตามบริบท ความจำเป็น ความเหมาะสมของหน่วยบริการและพื้นที่ ว่าจะต้องปรับปรุงหรือไม่อย่างไรบ้าง เพื่อให้สถานบริการจัดทำแผนพัฒนาเพื่อปรับปรุงให้เป็นไปตามเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่ สปสช.เขต กำหนด หลังจากนั้นจึงตรวจดูผลการปรับปรุงและพิจารณาว่าจะรับหรือไม่รับขึ้นทะเบียนต่อไป

กรณีเป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนอยู่เดิม

ในข้อที่มีคะแนนเป็น 1 ให้ผู้ตรวจประเมิน บันทึกความเห็นว่าจะต้องปรับปรุงอย่างไรบ้าง เพื่อให้หน่วยบริการนำบันทึกความเห็นเงื่อนไข ข้อจำกัดของหน่วยบริการ หรือ สิ่งที่ต้องปรับปรุง ลงในท้ายข้อนั้นๆ โดยพิจารณาตามบริบท ความจำเป็น ความเหมาะสมของหน่วยบริการและพื้นที่ ว่าจะต้องปรับปรุงหรือไม่อย่างไรบ้าง เพื่อให้หน่วยบริการนำบันทึกความเห็นนั้น ไปจัดทำแผนพัฒนาและดำเนินการปรับปรุงตามแผนพัฒนาที่วางไว้ และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนแก่ สปสช.เขต ภายใน เวลาที่ สปสช.เขตกำหนด

1. สรุปผลการตรวจประเมินหน่วยบริการ

เมื่อได้ผลคะแนนแล้วทีมผู้ตรวจประเมิน ประชุมสรุปผลการประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับการส่งต่อ โดยวิธีการนับจำนวนข้อที่ได้คะแนนเป็น 2, 1, 0 ในหมวด และแผนกต่างๆ รวมทั้งสรุปการให้ความเห็นในการปรับปรุงพัฒนา แก้ไข สำหรับข้อที่มีคะแนนเป็น 1 และ 0 แล้วแจ้งผลเบื้องต้นแก่หน่วยบริการที่รับการประเมิน และส่งผลการตรวจให้ผู้รับผิดชอบซึ่งสำนักงานสาขาเขต/สำนักงานสาขาจังหวัดกำหนดร่วมกันเพื่อรวบรวมผลและบันทึกข้อมูลผลการตรวจให้คะแนน และความเห็นในการปรับปรุงแก้ไขของแต่ละหน่วยบริการลงในระบบสารสนเทศศูนย์ประมวลผลกลางการประกันสุขภาพถ้วนหน้า Datacenter - ระบบการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ) ตามรายละเอียดวิธีการในคู่มือการใช้งานระบบสารสนเทศศูนย์ประมวลผลกลาง ฯ

ตารางสรุปผลการตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ

หัวข้อเกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อ	จำนวนข้อทั้งหมด	จำนวนข้อรวม สำหรับ รพ.ขนาด		จำนวนข้อที่มีคะแนน		
		น้อยกว่า 100 เตียง	100 เตียงขึ้นไป	คะแนน 0 (ข้อ)	คะแนน 1 (ข้อ)	คะแนน 2 (ข้อ)
การตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ ในภาพรวม						
หมวด 1 ศักยภาพในการรับการส่งต่อ*	4	3	4			
หมวด 2. การจัดการทรัพยากรบุคคล*	10	8	10			
หมวด 3. การบริหารจัดการในองค์กร	8	8	8			
หมวด 4 การจัดระบบการให้บริการ	17	17	17			
หมวด 5. การกำกับและพัฒนาคุณภาพ	10	10	10			
หมวด 6 อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย	6	6	6			
การตรวจหน่วยบริการในแต่ละแผนกบริการ						
แผนก 1. บริการผู้ป่วยนอก*	10	8	10			
แผนก 2. บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	15	15	15			
แผนก 3. บริการผู้ป่วยใน*	10	9	10			
แผนก 4. บริการห้องคลอด	6	6	6			
แผนก 5. บริการห้องผ่าตัด*	13	0,10-13	13			
แผนก 6 บริการทันตกรรม	5	5	5			
แผนก 7. บริการเภสัชกรรม	12	12	12			
แผนก 8. บริการเทคนิคการแพทย์	8	8	8			
แผนก 9. บริการรังสีวินิจฉัย	10	10	10			
แผนก 10. บริการหอผู้ป่วยหนัก /เวชบำบัดวิกฤต*	7	-	7			
รวม	**151**	**125 หรือ 135-138***	**151**			

หมายเหตุ * หมวด / แผนกที่มีจำนวนข้อที่ต้องตรวจแตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาล

กรณีโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 100 เตียง ไม่เปิดห้องผ่าตัดเลย ตรวจ **125 ข้อ**

หาก เปิดห้องผ่าตัด ตรวจ 135 - 138 ข้อ (ขึ้นอยู่กับการให้บริการห้องผ่าตัด)

กรณีโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป รวมตรวจ 151 ข้อ

การพิจารณาตัดสินผลการตรวจประเมินหน่วยบริการรับส่งต่อ

	ผลการตรวจประเมิน	การแปลผล / ผลการพิจารณา
กลุ่มที่ 1	ทุกข้อมีคะแนน เป็น 2 (ข้อคะแนน 2 = 100 %)	หน่วยบริการมีคุณลักษณะครบถ้วน ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการรับส่งต่อแบบสมบูรณ์
กลุ่มที่ 2	ข้อที่ได้คะแนน 2 มากกว่า หรือเท่ากับ 75% ของข้อทั้งหมด และไม่มีข้อใดที่ได้คะแนนเป็น 0 (ข้อคะแนน 2 > 75% และ ไม่มีข้อ 0)	หน่วยบริการมีคุณลักษณะใกล้เคียงเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินหน่วยรับส่งต่อแบบต้องพัฒนาต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการต้องจัดทำแผน/ข้อตกลง และดำเนินการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ภายในเวลาที่สำนักงานกำหนด
กลุ่มที่ 3	ข้อที่ได้คะแนน 2 อยู่ระหว่าง 50% - 75% ของข้อทั้งหมด หรือ มีข้อที่ได้คะแนน 0 น้อยกว่า 10% ของข้อทั้งหมด (ข้อคะแนน 2 = 50 - 75% หรือ ข้อ 0 < 10 %)	หน่วยบริการมีคุณลักษณะไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่ส่วนขาดพอยอมให้อยู่ในระบบได้ ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินหน่วยรับส่งต่อแบบต้องพัฒนาเร่งด่วน โดยหน่วยบริการต้องจัดทำแผน/ข้อตกลง และดำเนินการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ภายในเวลาที่สำนักงานกำหนด
กลุ่มที่ 4	ข้อที่ได้คะแนน 2 น้อยกว่า 50 % ของข้อทั้งหมด หรือมีข้อที่ได้คะแนน 0 มากกว่าหรือเท่ากับ 10 % ของข้อทั้งหมด (ข้อคะแนน 2 < 50 % หรือ ข้อ 0 > 10 %)	หน่วยบริการมีคุณลักษณะต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพบริการ ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการรับส่งต่อ

สรุปผลการพิจารณาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ผู้ตรวจประเมินหน่วยบริการพิมพ์รายงานสรุปคะแนนการประเมินหน่วยบริการจากแบบรายงานในระบบสารสนเทศ เสนอคณะกรรมการ/คณะทำงาน พิจารณาตัดสิน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ หรือ การต่อสัญญาหน่วยบริการ และบันทึกผลการตัดสินลงในระบบสารสนเทศกลาง สปสช.

กลุ่มที่ 1 , 2, 3 สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อรายใหม่ หรือ คงอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ ในสถานะหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ ได้

กลุ่มที่ 4 ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในปีที่ประเมินได้ ยกเว้นในกรณี ที่เป็นหน่วยบริการสังกัดภาครัฐ ที่ไม่ผ่านการประเมิน ให้สปสช.เขต ให้คำแนะนำในการพัฒนา ปรับปรุง โดยพิจารณาตามศักยภาพที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ณ ปัจจุบัน ให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นสำคัญ และ สปสช. เขตสรุปรายงานผลการตรวจประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อรับทราบและดำเนินการปรับปรุงพัฒนาหน่วยบริการนั้น ๆ เนื่องจากเป็นหน้าที่ของรัฐที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญในการให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานแก่ประชาชน

แนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการรับส่งต่อ"

หมวด 1 ศักยภาพในการรับการส่งต่อ

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม1-1. มีเตียงรับผู้ป่วยใน โดยมีอัตราส่วนเตียง ต่อ จำนวนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ซึ่งลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการประจำ ที่แจ้งความประสงค์จะส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการไม่น้อยกว่า 1: 1,000 คน	• เพื่อประกันว่าหน่วยบริการมีเตียงเพียงพอให้บริการกับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้ โดยคำนวณเป็นร้อยละ $\frac{\text{จำนวนเตียงที่เปิดบริการจริง}}{\text{จำนวนเตียงที่ควรมี}} \times 100$ จำนวนเตียงที่ควรมี ประกอบด้วย 1. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (1:1,000) 2. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการรับส่งต่อในจังหวัด (1:2,000) 3. เตียงสำหรับผู้มีสิทธิUC ที่ส่งต่อจากหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด (1:4,000) 4. เตียงสำหรับให้บริการนอกจากสิทธิ UC • กรณีที่หน่วยบริการนั้นมีการรับขึ้นทะเบียนผู้ประกันสังคม รวมทั้งยังมีผู้รับบริการอื่นๆ เช่น ประกันเอกชน ผู้จ่ายเงินเอง แรงงานต่างชาติ เป็นจำนวนมาก หน่วยบริการนั้น ต้องมีเตียงเพิ่มเติมขึ้นเพื่อรองรับผู้รับบริการกลุ่มนี้ด้วย โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของแต่ละสิทธิประโยชน์ หากไม่กำหนดไว้ ให้ถือเกณฑ์ 1: 1,000 เช่น รพช. รับส่งต่อเฉพาะประชากรในอำเภอที่รับผิดชอบ 1:1,000 • รพท. รับส่งต่อจากประชากรอำเภอเมือง 1:1,000 และรับจากต่างอำเภอในจังหวัด 1:2,000 และประกันสังคมอีก 1:1,000 รพศ. รับส่งต่อจากประชากรอำเภอเมือง 1:1,000 รับจากต่างอำเภอในจังหวัด 1:2,000 และข้ามจังหวัด 1:4,000	2	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	
		1	ร้อยละ 50 – 79	
		0	น้อยกว่าร้อยละ 50	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม1-2. มีเตียงรับผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในสภาพพร้อมใช้กู้ฟื้นคืนชีพ โดยมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน มีไม่น้อยกว่า 3 เตียง	• ตรวจดูจำนวนเตียงทั้งหมดที่พร้อมให้บริการในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินของหน่วยบริการ และอย่างน้อย 1 เตียงต้องเป็นเตียงสำหรับการกู้ฟื้นคืนชีพโดยเฉพาะ ซึ่งได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ ส่วนที่เหลือเป็นเตียงชนิด หรือ ประเภทใดก็ได้ รวมถึงเตียงที่เคลื่อนย้ายได้ (stretcher) และควรเพิ่มจำนวนตามปริมาณงาน ส่วนการตรวจว่าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เปิดนั้นได้มาตรฐานหรือไม่ จะไปตรวจแยกแผนกตามเกณฑ์สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ของ บริการฉุกเฉิน ต่อไป	2	ผ่านตามเกณฑ์	
		1	มี 2 เตียง และเป็นเตียงสำหรับกู้ฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 เตียง	
		0	มีน้อยกว่า 2 เตียง หรือ ไม่มีเตียงสำหรับกู้ฟื้นคืนชีพ	
ม1-3. มีห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า 1 ห้อง และมี **อัตราส่วนห้องผ่าตัด ต่อ เตียงของหน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 1 : 50**	• พิจารณาเฉพาะจำนวนห้องผ่าตัด ส่วนการตรวจว่าผ่านมาตรฐานห้องผ่าตัดหรือไม่ จะไปตรวจแยกแผนกตามเกณฑ์สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ของบริการศัลยกรรมทั่วไป • ตรวจดูว่าหน่วยบริการมีห้องผ่าตัดที่พร้อมให้บริการได้ จำนวนอย่างน้อย 1 ห้อง ทั้งนี้ไม่นับรวมห้องผ่าตัดเล็ก	2	มีจำนวนห้องผ่าตัดครบตามเกณฑ์	
		1	มีจำนวนห้องผ่าตัดต่ำกว่าเกณฑ์	
		0	ไม่มีห้องผ่าตัด	
ม1-4. **มีหอผู้ป่วยหนัก** โดยมี**อัตรา ส่วนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก ต่อ เตียงของหน่วยบริการ ไม่น้อยกว่า 1: 50**	• สำหรับหน่วยบริการที่มีบริการหอผู้ป่วยหนัก หรือ รพ.ที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยทั้งหมดที่เปิดให้บริการตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป • พิจารณาเฉพาะจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนการตรวจว่าผ่านมาตรฐานหอผู้ป่วยหนักหรือไม่ จะไปตรวจแยกแผนกตามเกณฑ์สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ การบริการหอผู้ป่วยหนัก (หากหน่วยบริการ ต่ำกว่า 100 เตียงข้อนี้ไม่ต้องตรวจ (ให้ขีด X ในช่อง 8)	2	มีหอผู้ป่วยหนักและจำนวนเตียงครบตามเกณฑ์	
		1	มีหอผู้ป่วยหนักแต่จำนวนเตียงต่ำกว่าเกณฑ์	
		0	ไม่มีหอผู้ป่วยหนัก	
		8	ไม่ตรวจ ในรพ.ที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยทั้งหมดที่เปิดให้บริการน้อยกว่า 100 เตียงขึ้นไป	

หมวด 2 การจัดการทรัพยากรบุคคล

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-1. ผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการต้องได้รับ **ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ จากสภาวิชาชีพ**	● ตรวจสอบหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคล ว่าผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขาที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานทั้งประจำและ part time เป็นผู้มีใบประกอบวิชาชีพ หรือมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ซึ่งมีเลขที่ใบอนุญาตถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน	2	บุคลากรมีใบอนุญาตตามกฎหมายทุกคน	
		0	บุคลากรมีใบอนุญาตตามกฎหมายไม่ครบทุกคน	
			(ข้อนี้ไม่มีการให้คะแนน 1 เพราะเป็นสิ่งที่ต้องมีตามกฎหมาย)	
ม2-2. จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำทุกแผนกที่จัดให้บริการ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	หมายถึง หน่วยงานที่มีการจัดให้บริการในลักษณะเวรผลัด ต้องมีบุคลากรอยู่ประจำ 24 ชม.	2	มีบุคลากรให้บริการแบบเวรผลัด ครบ 24 ชม.	
		1	มีบุคลากรให้บริการแบบเวรผลัด 16 ชม. ที่เหลือเป็น Oncall.	
		0	มีบุคลากรให้บริการ 8 ชม.ที่เหลือเป็น Oncall.	
ม2-3. มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ โดยมีสัดส่วนจำนวนแพทย์ ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไว้กับหน่วยบริการประจำที่แจ้งความประสงค์จะส่งต่อผู้รับบริการ ไม่เกิน 1 : 15,000 โดยคิดแยกต่างหากจากอัตรากำลังที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประเภทอื่นๆ	● เพื่อประกันว่าแพทย์มีจำนวนเพียงพอให้บริการกับผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน โดยคำนวณเป็นร้อยละ $\frac{\text{จำนวนแพทย์ที่มีจริง} \times 100}{\text{จำนวนแพทย์ที่ควรมี}}$ จำนวนแพทย์ที่ควรมี ประกอบด้วย 1. จำนวนแพทย์ต่อประชากรที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งมา ทุกแห่งรวมกัน (1:15,000) 2. จำนวนแพทย์ต่อ ประชากรที่ส่งมาจากหน่วยบริการรับส่งต่อในจังหวัด (1: 20,000) 3. จำนวนแพทย์ต่อ ประชากรที่ส่งมาจากหน่วยบริการรับส่งต่อข้ามจังหวัด (1:80,000) 4. จำนวนแพทย์ต่อผู้รับบริการนอกจากสิทธิ UC (1:15,000) ทั้งนี้หากหน่วยบริการนั้นเป็นทั้งหน่วยที่รับการส่งต่อ และเป็นหน่วยบริการประจำที่ให้บริการปฐมภูมิด้วย ให้คำนวณแยกกัน ดังตัวอย่าง **ตัวอย่างที่ 1.** รพช. มีผู้มีสิทธิ UC ทั้งอำเภอ 30,000 คน จำนวนแพทย์ที่ควรมีคือ	2	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	
		1	ร้อยละ 50 – 79	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	บริการปฐมภูมิ 3 คน (1 : 10,000 ตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ) บริการรับส่งต่อ 2 คน (1 : 15,000) แพทย์ทั้งหมดที่ควรมีรวม 5 คน **ตัวอย่างที่** 2. รพท/รพศ. มีประชากร UC ในอำเภอที่รับผิดชอบ 30,000 คน และประชากรUC ทั้งจังหวัด 300,000 คน ประชากร UC ทั้งเขต 3 ล้าน คน จำนวนแพทย์ที่ควรมี อย่างน้อย คือ 1. บริการปฐมภูมิ 3 คน (1 : 10,000 ตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ) 2. บริการรับส่งต่อจากหน่วยปฐมภูมิ 2 คน (1 : 15,000) 3. บริการรับส่งต่อจากหน่วยรับส่งต่อในจังหวัด 15คน (1:20,000) แพทย์ทั้งหมดที่ควรมี รวม รพท. 20 คน 4. บริการรับส่งต่อจากหน่วยรับส่งต่อในเขต 38 คน (1:80,000) แพทย์ทั้งหมดที่ควรมีรวม รพศ. 58 คน **ตัวอย่างที่ 3.** รพ. เอกชน มีผู้มีสิทธิ UC ที่ขึ้นทะเบียน 150,000 คน และรับการส่งต่อจากคลินิกอบอุ่น 15,000 คน จำนวนแพทย์ที่ควรมี บริการปฐมภูมิ 15 คน (1 : 10,000 ตามเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ) บริการรับส่งต่อ 11 คน (1 : 15,000) แพทย์ที่ควรมีในการให้บริการผู้มีสิทธิ รวม 26 คน ● กรณีรับผู้ประกันตนของประกันสังคม รวมทั้งยังมีผู้รับบริการอื่นๆ เช่น ประกันเอกชน ผู้จ่ายเงินเอง แรงงานต่างชาติ หน่วยบริการนั้นต้องจัดแพทย์เพิ่มเติมขึ้น เพื่อรองรับผู้รับบริการกลุ่มนี้ด้วย โดยเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบนั้นๆ หรือ สัดส่วน 1 : 15,000 จำนวนแพทย์ที่มีจริง ประกอบด้วย 1. แพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงเต็มเวลา 2. กรณีแพทย์ปฏิบัติงานกึ่งเวลา (part time)ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคนที่ปฏิบัติงานจริงโดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน	0	น้อยกว่าร้อยละ 50	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-4. **จำนวนพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ** ในสัดส่วนที่เพียงพอ และ เหมาะสมกับปริมาณงาน ไม่น้อยกว่ามาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด	• **จำนวนพยาบาลวิชาชีพ ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งทั้งหมด ที่ปฏิบัติงานการพยาบาลจริง** ประจำแต่ละแผนกบริการต่างๆ ต้องมีจำนวนเหมาะสมกับปริมาณงาน ซึ่งนอกจากจะเปรียบเทียบกับกฎ กระทรวงว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 ที่กำหนดเกี่ยวกับ**จำนวนพยาบาลขั้นต่ำ** 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 โดย พยาบาลวิชาชีพ ต่อจำนวนเตียงที่เพิ่ม 2 คน ต่อ 1-30 เตียง • นอกจากนี้ควรพิจารณาถึงภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ คือ สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ ต่อ ผู้ป่วย ดังนี้ OPD 1:100 , ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1:10 (อย่างน้อย 2 คนในแต่ละเวร) ห้องผ่าตัด 2:1 , ห้องคลอด 2:1 , วิสัญญี 2:1 , หอผู้ป่วยหนัก (ผู้ใหญ่) 1:2 , หอผู้ป่วย 1 : 4-6 ในแต่ละเวรผลัด • ในกรณีพยาบาลปฏิบัติงานกึ่งเวลา (part time)ให้นับรวม จำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง โดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน • ในกรณีพยาบาลปฏิบัติงานกึ่งเวลา (part time)ให้นับรวม จำนวนชั่วโมงทั้งหมดทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง โดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน	2	มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ครบทุกแผนกตามเกณฑ์	
		1	มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ สัดส่วนน้อยกว่ามาตรฐานภาระงาน ในบางแผนก แต่ในภาพรวมไม่ต่ำกว่าเกณฑ์	
		0	มีจำนวนรวมของพยาบาลวิชาชีพ ต่ำกว่าจำนวนขั้นต่ำที่ต้องมีตามกฎกระทรวงและ/หรือไม่มีพยาบาลวิชาชีพในบางแผนก	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-5. ความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด วิสัญญี และหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ที่ผ่านการศึกษา อบรม หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์อย่างน้อย 2 ปี	• สอบถามร่วมกับการดูเอกสารหลักฐานคุณวุฒิ ประวัติการทำงาน ประวัติการศึกษาอบรม จากฝ่ายการพยาบาล หรือจากแผนกบริหารบุคคล ดูว่าในหน่วยงานที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ คือ ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องคลอด ห้องผ่าตัด วิสัญญี และหอผู้ป่วยหนัก ต้องมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ปฏิบัติงานประจำ และเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับหน้าที่ โดยต้องได้รับการฝึกอบรมเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน การฝึกอบรมระยะสั้น หรือ ได้รับวุฒิบัตรแสดงการศึกษาต่อเนื่อง ในสาขาที่เกี่ยวข้อง	2	พยาบาลวิชาชีพได้รับการฝึก อบรมจนมีความรู้และทักษะเพียงพอ ครบทุกคน ในทุกแผนกที่กำหนด	
		1	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงานทุกคนได้รับการฝึกอบรมจนมีความรู้และทักษะเพียงพอ และพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกได้รับการฝึกอบรมจนมีความรู้และทักษะเพียงพอตั้งแต่ ครึ่งหนึ่งขึ้นไป	
		0	พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยงาน ได้รับการฝึกอบรม มีความรู้และทักษะเพียงพอ และพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกได้รับการฝึกอบรม จนมีความรู้และทักษะเพียงพอ น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง	
ม2-6. **มีเภสัชกร** อย่างน้อย 1คน และ**ไม่น้อยกว่า 1 คนต่อ 60 เตียง**	• ตรวจดูหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลว่า มีเภสัชกรซึ่งมีใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ปฏิบัติงานในส่วนบริหารเวชภัณฑ์ บริการเภสัชกรรม รวมถึงบริการเภสัชกรรมคลินิก เป็นการประจำในหน่วยบริการ อย่างน้อย 1 คน และมีจำนวนให้บริการทั้งหมด เท่าใด เพื่อคำนวณหาสัดส่วนต่อเตียง เภสัชกร ต่อจำนวนเตียง ที่เพิ่ม 1 คน ต่อ 1- 60 เตียง • กรณี เป็นหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือรับผิดชอบงานอื่น เช่น งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (non UC) ร่วมด้วย ต้องมีจำนวนเภสัชกร เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์และ/หรือตามภาระงาน ให้คิดจำนวนชั่วโมงที่ต้องทำงาน 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน ต้องมีเพิ่มอีก 1 คน • กรณีเภสัชกรปฏิบัติงานกึ่งเวลา(part time)ให้นับรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมด ทุกคน ที่ปฏิบัติงานจริง โดย 160 ชั่วโมงต่อเดือน รวมทั้งหมด 12 เดือน นับเป็น 1 คน	2	มีเภสัชกรประจำและมีจำนวนที่ให้บริการครบตามเกณฑ์	
		1	มีเภสัชกรประจำ แต่มีจำนวนที่ให้บริการน้อยกว่าเกณฑ์	
		0	ไม่มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-7. มี**นักเทคนิคการแพทย์** อย่างน้อย 1 คน และ**ไม่น้อยกว่า 1 คนต่อ 60 เตียง**	• ตรวจดูหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคล ว่ามีนักเทคนิคการแพทย์ ซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ/ใบประกอบวิชาชีพสาขาเทคนิคการแพทย์ ปฏิบัติงานเป็นการประจำในหน่วยบริการ จำนวนเท่าใด และคำนวณหาสัดส่วนต่อเตียง เทคนิคการแพทย์ ต่อจำนวนเตียง ที่เพิ่ม 1 คน ต่อ 1- 60 เตียงกรณีปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา ให้คำนวณชั่วโมงการปฏิบัติงานเช่นเดียวกับ แพทย์	2	มีนักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติงานครบ ตามเกณฑ์	
		1	มีนักเทคนิคการแพทย์ จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์ โดยมีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงานแทน	
		0	ไม่มีนักเทคนิคการแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ ปฏิบัติงาน	
ม2-8. สำหรับ**หน่วยบริการ ตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป** จัดให้มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 4 สาขาหลัก คือ สาขาอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม โดยจัดให้**แพทย์แต่ละสาขาปฏิบัติงานอยู่เป็นการประจำ ไม่น้อยกว่าสาขาละ 1 คน ในแต่ละเวรผลัด**	• ตรวจดูหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคล รายชื่อ/จำนวนแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร/อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญ 4 สาขาหลัก คือ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม และ กุมารเวชกรรม ที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการ และการจัดตารางเวรการปฏิบัติงานของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พร้อมที่ให้บริการได้ในทันทีในกรณีเมื่อได้รับคำปรึกษาหรือกรณีฉุกเฉิน อย่างน้อยสาขาละ 1 คนในแต่ละเวรผลัด ซึ่งอาจจัดเป็นผลัดละ 4 ชม.หรือ 8 ชม. หรือ 12 ชม. ขึ้นกับสภาพความเหมาะสม (หากหน่วยบริการ ต่ำกว่า 100 เตียงข้อนี้ไม่ต้องตรวจ (ให้ขีด X ในช่อง 8)	2	มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ครบ 4 สาขาหลัก และแต่ละสาขาปฏิบัติงานอยู่เป็นการประจำ ไม่น้อยกว่าสาขาละ 1 คน ในแต่ละเวรผลัด	
		1	มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญครบ 4 สาขา แต่ปฏิบัติงานในแต่ละเวรผลัดได้ไม่ครบ 4 สาขา	
		0	หน่วยบริการมีมากกว่า 100 เตียงแต่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ครบ 4 สาขาหลัก	
		8	ไม่ตรวจในกรณีหน่วยบริการ ขนาดต่ำกว่า 100 เตียง	
ม2-9. **หน่วยบริการตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป** จัดให้มี**ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติงานประจำไม่น้อยกว่า 1 คน** ให้สอดคล้องกับการให้บริการ	• มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลัก ประกันฯ ครบทั้ง 4 ด้าน โดยตรวจดูหลักฐานจากแผนกบริหารบุคคลว่ามีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับประกาศนียบัตร/ปริญญา / วุฒิบัตรสาขา ทันตกรรมทั่วไป หรือสาขาอื่น ใน 5 สาขาดังนี้ 1) ทันตกรรมหัตถการ 2) ศัลยศาสตร์ในช่องปาก 3) ทันตกรรมประดิษฐ์ 4) ทันตกรรมปริทันต์ 5)ทันตกรรมเด็ก (หากหน่วยบริการ ต่ำกว่า 100 เตียงข้อนี้ไม่ต้องตรวจ (ให้ขีด X ในช่อง 8)	2	มีสาขาทันตกรรมทั่วไปอย่างน้อย 1 คน หรือสาขาอื่นอย่างน้อย 3 สาขา	
		1	มีสาขาอื่น (ที่ไม่ใช่สาขาทันต กรรมทั่วไป) น้อยกว่า 3 สาขา	
		0	หน่วยบริการมีมากกว่า 100 เตียง แต่ไม่มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญใน 6 สาขาตามแนวทางฯ	
		8	ไม่ตรวจในกรณีหน่วยบริการ ขนาดต่ำกว่า 100 เตียง	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม2-10. มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในหน่วยบริการ	● ตรวจดูจากบันทึก/หลักฐานที่แสดงว่าหน่วยบริการมีการดำเนินการในการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน คือ 1. มีแผนพัฒนาบุคลากร (ช่วงเวลาปัจจุบัน) ที่สอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างขององค์กร และทรัพยากรของหน่วยงาน 2. มีบันทึกรายงานการดำเนินการ บันทึกประวัติการฝึกอบรม การประเมินผลการปฏิบัติเป็นระยะ 3. มีการจัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน หรือส่งไปร่วมกับภายนอกหน่วยงาน	2	มีแผนและการดำเนินการตามแผน	
		1	มีแผนแต่การดำเนินการไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

หมวด 3 การบริหารจัดการในองค์กร

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม3-1. การกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ ของหน่วยบริการ และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับและทุกหน่วยงานรับทราบและเข้าใจ	• ตรวจดูเอกสารหลักฐานที่แสดงวิสัยทัศน์ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ของหน่วยบริการ และกลวิธีการสื่อสารภายในองค์กร	2	มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมหรือครบถ้วนสมบูรณ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-2. การจัดโครงสร้างองค์กรระดับหน่วยบริการที่บ่งชี้ด้านการบังคับบัญชาและรองรับการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์	• ตรวจดูเอกสารหลักฐานที่แสดงการจัดโครงสร้างของหน่วยบริการ ในระดับองค์กร และระดับหน่วยงาน	2	มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมหรือครบถ้วนสมบูรณ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-3. การกำหนดความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ ของหน่วยงาน และมีการมอบหมายงานแก่บุคลากรทุกระดับ เป็นลายลักษณ์อักษร	• ตรวจดูเอกสารหลักฐานที่แสดงการกำหนด/มอบหมายความรับผิดชอบ ว่า job description แก่บุคลากรทุกระดับ ดู จากหัวหน้ากลุ่ม /ฝ่าย	2	มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมหรือครบถ้วนสมบูรณ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-4. การจัดทำแผนงาน โครงการและระบบติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ครอบคลุมด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การบริการทั่วไป และการบริหารจัดการของหน่วยบริการ	• ตรวจดูเอกสารหลักฐานที่แสดงแผนยุทธศาสตร์และแผนงาน/โครงการในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข บริการทั่วไปและการบริหารของหน่วยบริการ การกำหนดตัวชี้วัดและระบบรายงานผลการติดตามความก้าวหน้า	2	มีการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่เหมาะสมครบถ้วนสมบูรณ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-5. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบด้านการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ,การเรียกเก็บเงินและบันทึกบัญชีประกันสุขภาพ	• ตรวจดูเอกสารหลักฐาน คำสั่งหรือเอกสารอย่างเป็นทางการ ที่แสดงว่ามีการกำหนดหรือมอบหมายผู้รับผิดชอบงานด้านการประกันสุขภาพ ของหน่วยบริการ	2	มีคำสั่งและมีผู้ปฏิบัติงานครอบ คลุมงานที่ต้องปฏิบัติอย่างครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
อย่างชัดเจน	ที่ชัดเจน ครอบคลุมงาน ด้านการลงทะเบียนประชาชน การคุมยอดรับ-จ่ายงบกองทุนฯ การเรียกเก็บ และงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม3-6. ระบบรายงานทางการเงินเป็นไปตามข้อกำหนดของกรมบัญชีกลาง หรือกระทรวงพาณิชย์ (กรณีหน่วยบริการของเอกชน)	• ตรวจดูเอกสารหลักฐานรายงานทางการเงิน บัญชีคงค้าง รายงาน 0110 รง 5 และเป็นไปตามข้อกำหนดของกรมบัญชีกลาง (กรณีหน่วยบริการของรัฐ) หรือกระทรวงพาณิชย์ (กรณีหน่วยบริการของเอกชน)	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ม3-7. มีเครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายการรับส่งข้อมูลทางระบบอินเตอร์เนตกับ สปสช.ได้	• ตรวจดูว่าหน่วยบริการสามารถเครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงรับ-ส่งข้อมูลทางระบบอินเตอร์เนตกับ สปสช.ได้ โดยให้แสดงการทำงานของระบบให้ดู	2	มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ครบถ้วนเพียงพอ และสามารถดำเนินการได้	
		1	มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ครบถ้วนเพียงพอ แต่การดำเนินการไม่สมบูรณ์	
		0	ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ครบถ้วนเพียงพอ	
ม3-8. มีระบบข้อมูลสารสนเทศภายในหน่วยบริการที่สามารถเก็บรวมรวมข้อมูลการให้บริการและการบันทึกทางการเงิน จัดส่ง สปสช. ตามโปรแกรมที่กำหนดได้ครบถ้วน	• ตรวจดูว่าหน่วยบริการมีจัดทำระบบสารสนเทศภายในโรงพยาบาล ด้วยกระดาษหรือโปรแกรมใดๆ ที่สามารถเก็บรวบรวมรวมข้อมูลทางการเงิน ข้อมูลการให้บริการ และอื่นๆตามที่สปสช.กำหนด ซึ่งสามารถส่งข้อมูลการให้บริการและการบันทึกทางการเงิน จัดส่ง สปสช. เช่น ตามโปรแกรม NHSO DRGmx , Hospital profile , รายงาน 0110 รง 5 ได้ครบถ้วน โดยตรวจสอบการทำงานจริง	2	สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน	
		1	ดำเนินการได้ แต่ไม่ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

หมวด 4 การจัดระบบการให้บริการ

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม4-1. การจัดขั้นตอนและระยะเวลาการรอคอย	• ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานใด เช่น มีบอร์ด แผ่นป้าย หรือ มีการชี้แจงแสดงขั้นตอนการบริการ และ/หรือค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรับบริการแต่ละจุดของการให้บริการผู้ป่วย เช่น บริเวณโถงรอตรวจผู้ป่วยนอก บริเวณรอรับยา ให้ผู้รับบริการรับทราบได้ชัดเจน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-2. ระบบนัดหมาย	• ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานและดูการปฏิบัติจริง เพื่อดูว่ามีวิธีปฏิบัติในระบบการนัดหมายและการติดตามการนัดหมายในกรณีผู้ใช้บริการที่ต้องมารับบริการต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นกระดาษ หรือระบบอิเลคทรอนิกส์ และมีการแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบด้วยรูปแบบใดๆ เช่น มีแบบฟอร์มใบนัด มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่มีช่องลงบันทึกการนัดต่อเนื่อง การเตรียมแฟ้มประวัติผู้ป่วยรอไว้ในวันนัด ระบบการติดต่อขอเลื่อนนัด การติดต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดนัด	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-3. ระบบการสื่อสาร				
ม4-3.1 มีอุปกรณ์และวิธีปฏิบัติในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารภายในหน่วยบริการ	• ตรวจดูอุปกรณ์และเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่นระบบเสียงตามสาย intercom ระบบชุมสายโทรศัพท์อัตโนมัติภายใน โทรสาร เครื่องรับ-ส่งวิทยุ อินทราเน็ตโดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่น มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อแพทย์/เจ้าหน้าที่ต่างๆ มีช่องทางการสื่อสารและประสานงานภายในองค์กร และตรวจดูว่ามีการตั้งหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบจุดประชาสัมพันธ์ และมีวิธีปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นการตอบข้อซักถาม การให้ความช่วยเหลือ การให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ การอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-3.2 มีอุปกรณ์และวิธีปฏิบัติในการ	• ตรวจดูอุปกรณ์และเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารภายในเครือข่ายหน่วยบริการ	เช่น โทรศัพท์ โทรสาร เครื่องรับ-ส่งวิทยุ อินเตอร์เน็ต โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมีประสิทธิภาพ เช่น มีรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกับหน่วยบริการต่างๆได้ และตรวจดูว่ามีแนวทางปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสาร เช่นการประสานงาน ตอบข้อซักถาม การให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกแก่หน่วยบริการเครือข่าย	1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
4.4 ระบบการรับ การส่งต่อ และการส่งกลับ				
ม4-4.1 มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับบริการ อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น เร่งด่วน	• ตรวจดูเอกสาร/หลักฐาน ระบบคัดกรอง และแนวทางปฏิบัติ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการที่ได้รับการส่งต่อมาได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและเหมาะสมตามความจำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเฉพาะห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เช่น มี flow chart แนวปฏิบัติ (guideline)และแบบcheck list ต่างๆรวมถึงการจัดระบบรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-4.2 มีการแจ้งผลการรักษา ส่งกลับไปยังหน่วยบริการผู้ส่ง ทุกราย	• ตรวจดูเอกสาร/หลักฐาน เช่น จากสำเนาใบส่งต่อ ในเวชระเบียน ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อดูว่ามีการแจ้งผลการรักษาของผู้ป่วย กลับไปยังหน่วยบริการผู้ส่งต่อผู้ป่วยมาทุกราย รวมถึง ส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิภายในโรงพยาบาล (ถ้ามี)	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ **ร้อยละ70 ขึ้นไป**	
		1	มีการดำเนินการ ร้อยละ41 - 70	
		0	มีการดำเนินการน้อยกว่า ร้อยละ40	
ม4-4.3 กรณีเกินขีดความ สามารถ หรือไม่พร้อมให้บริการ ต้องสามารถส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ โดยมีการบันทึกข้อมูลประกอบการส่งไปรักษาต่อที่เพียงพอ	• กรณีที่เกินขีดความสามารถ หรือ ไม่พร้อมให้บริการในขณะนั้น เช่น เตียงเต็ม ขาดบุคลากร หรือ เครื่องมือ /อุปกรณ์ไม่เพียงพอ หน่วยบริการรับส่งต่อห้ามปฏิเสธการรับผู้ป่วย แต่ต้องสามารถประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือ หน่วยบริการรับส่งต่ออื่นได้ โดยให้ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานจากสำเนาใบส่งต่อ ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อดูว่ามีการบันทึกข้อมูลประกอบการส่งเพียงพอ เหมาะสม ทุกราย หรือไม่	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-5. ระบบการดูแลต่อเนื่อง	• ตรวจดูเอกสาร/หลักฐาน แนวทางปฏิบัติในการจำหน่ายผู้ป่วยใน (discharge plan)	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	และการส่งกลับผู้ป่วยนอก โดยควรจัดให้มีรายการภาวะ /โรค ที่สำคัญ เช่น อัตราป่วย อัตราตาย โรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก เป็นต้น เพื่อดูว่ามีการจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่จำหน่าย ให้กลับไปรับการดูแลต่อเนื่องที่หน่วยบริการที่ส่งต่อหรือหน่วยบริการประจำโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และขอดูตัวอย่าง discharge plan guideline ใบส่งต่อ/ส่งกลับ ที่ปฏิบัติจริง	1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
4-6. ระบบเวชระเบียน				
ม4-6.1 มีสถานที่และอุปกรณ์เก็บเวชระเบียนที่เหมาะสม สามารถเก็บบัตรตรวจโรค (OPD card) และเวชระเบียนผู้ป่วยในไว้ได้ไม่น้อยกว่า 5 ปีในสภาพที่เรียบร้อย ปลอดภัยและมีระบบป้องกันข้อมูลสูญหาย รวมถึงการเก็บข้อมูลอิเลคโทรนิกส์	• ตรวจดูสภาพสถานที่เก็บเวชระเบียน ได้แก่ 1. มีห้องสำหรับการจัดเก็บภายในอาคารเป็นห้องที่มีอุณหภูมิเหมาะสม ไม่ถูกแดดส่อง ปลอดจากภัยธรรมชาติ ไม่มีร่องรอยน้ำรั่วซึมบนเพดาน พื้น และผนัง ปราศจากสัตว์ที่จะมาทำลายเอกสาร 2. มีขนาดกว้างขวางเพียงพอในการจัดเก็บเวชระเบียนของหน่วยบริการ ทั้งบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน รองรับได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี 3. ตรวจดูอุปกรณ์ และการปฏิบัติจริงในการจัดเก็บเวชระเบียนว่าอุปกรณ์มีความมั่นคงแข็งแรงและการจัดเวชระเบียนเป็นระเบียบค้นหาได้รวดเร็ว 4. หากจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ตรวจดูว่ามีระบบการสำรองข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหายทุกวัน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม4-6.2 มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติหรือบุคคลากรที่ผ่านการอบรมเวชสถิติ	• เจ้าหน้าที่เวชสถิติหมายถึง ผู้มีวุฒิอนุปริญญาขึ้นไป ตามหลักสูตรด้านเวชสถิติ ผู้เข้ารับการอบรม หมายถึงเจ้าหน้าที่สาขาอื่น เช่น พยาบาล ที่เข้ารับการอบรมระยะสั้น ด้านเวชระเบียน การบันทึกรหัสโรค	2	มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติอย่างน้อย 1 คน	
		1	ไม่มีเจ้าหน้าที่เวชสถิติ แต่มีผู้ผ่านการอบรมเวชสถิติอย่างน้อย 1 คน หรือมีบุคลากรเวชสถิติ Parttime	
		0	ไม่มี	
ม4-6.3 มีบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน อย่างครบถ้วน ตามรายการที่กำหนด ในรูปแบบกระดาษหรือในรูปอิเลคทรอนิกส์ มีการลงรหัสโรคตาม ICD-10 และรหัสการทำหัตถการตาม ICD-9 CM ในผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยใน	• สุ่มเลือก OPD card และเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างละ 10 ตัวอย่าง เพื่อดูว่ามีการบันทึกรายละเอียดข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยนอก คือ เลขประจำตัวประชาชน เพศ วันเกิด ที่อยู่ที่ติดต่อได้ บันทึกอาการและการวินิจฉัย สำหรับผู้ป่วยใน เพิ่ม วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันจำหน่าย การวินิจฉัยโรค ซึ่งแยกออกเป็น การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (complication) หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ สถานภาพจำหน่าย (กลับบ้าน ส่งต่อ เสียชีวิต) • สุ่มเลือก OPD card และเวชระเบียนผู้ป่วยใน อย่างละ 10 ตัวอย่าง เพื่อดูว่ามีการบันทึกรหัสโรคตาม ICD-10 และ รหัสหัตถการ ตาม ICD-9 CMใน OPD card ของผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-6.4 มีการบริการเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบการยืม-คืนเวชระเบียน อย่างชัดเจน	• ตรวจดูตารางการจัดเวรเจ้าหน้าที่เวชระเบียนว่ามีการจัดเวรผลัดเพื่อสามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม4-6.5 มีการจัดทำรายงานจากสถิติในเวชระเบียนและทะเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และนำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพ บริการหรืองานบริหารอื่น	● ตรวจดูเอกสารการรายงานต่างๆ ดังนี้ 1. มีการเก็บบันทึกสรุปผู้ป่วยใน 2. มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมการวินิจฉัยโรค 3. มีการจัดทำรายงานจำนวนผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่ายของแต่ละงานคลินิกบริการ 4. มีการจัดทำรายงานจำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรค หรือ กลุ่มโรคไม่น้อยกว่า 50 กลุ่มโรค 5. มีการจัดทำรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทต่างๆ 6. มีการวิเคราะห์ระยะเวลานอนโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยโรค	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
4-7. มีระบบการคุ้มครองสิทธิ				
ม4-7.1 มีแนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่าง ครอบคลุมและทั่วถึงทั้งองค์กร	● ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานใด ที่แสดงว่าหน่วยบริการมีการดำเนินการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย คือ มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยติดไว้ให้เห็นชัดเจน และมีแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในการคุ้มครองผู้ใช้บริการตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย การคุ้มครองสิทธิเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะเช่น ผู้ป่วยคดีเสพติด ถูกกดขี่ทางเพศ	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-7.2 มีแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการ ได้ทราบชื่อแพทย์ หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษา ในทุกหน่วยงาน	● ตรวจดูเอกสาร/หลักฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการ ได้ทราบชื่อแพทย์หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษา ในทุกหน่วยงาน เช่น มีป้ายชื่อแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ มีป้ายชื่อเภสัชกรที่หน้าห้องยา มีป้ายชื่อแพทย์เจ้าของไข้ติดไว้ที่เตียงผู้ป่วย มีป้ายชื่อพยาบาลติดไว้ในหอผู้ป่วย มีป้ายชื่อแพทย์พยาบาลที่ให้ขึ้นเวรในห้องฉุกเฉิน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม4-7.3 มีแนวทางปฏิบัติที่ผู้ใช้บริการสามารถรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ทางเลือกการรักษา ผลการรักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายที่พึงเกิด	• ตรวจดูเอกสารหลักฐานของแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ผู้ใช้บริการสามารถรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย แนวทางการรักษา ทางเลือกการรักษา ผลการรักษา ประมาณการค่าใช้จ่ายที่พึงเกิด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม4-7.4 มีช่องทางให้ผู้ใช้บริการแสดงความคิดเห็นหรือร้องเรียนการรับบริการอย่างเพียงพอ และมีหน่วยรับข้อเสนอแนะ/ผลกระทบจากบริการ/ข้อปัญหาต่างๆ	• ตรวจดูว่า มีช่องทาง/กล่องรับความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ใน OPD และ หอผู้ป่วย มีหน่วยให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาการใช้บริการ การใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ รวมถึงช่องทางดำเนินการตามม.41 และจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียน จากการรับบริการและการประกันสุขภาพ	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

หมวด 5 การกำกับและพัฒนาคุณภาพ

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
5-1. การนำระบบคุณภาพมาดำเนินการพัฒนาด้านทรัพยากรและการบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ				
ม5-1.1 มีการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบบริหารคุณภาพ	• ตรวจดูว่าหน่วยบริการมีการพัฒนาคุณภาพ ทั่วทั้งองค์กร ด้วยระบบใดๆ ดังต่อไปนี้ อยู่หรือไม่ เช่น HA , ISO, TQA	2	ผ่านการรับรอง	
		1	มีการดำเนินการอย่างน้อยผ่านHAขั้น1 หรือระหว่างขอรับรองคุณภาพระบบอื่น	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม5-1.2 มีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคที่พบบ่อยหรือโรคเป็นปัญหา	• ให้หน่วยบริการแสดงเอกสาร หลักฐาน ว่ามีการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) มาใช้ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรค/สภาวะที่พบบ่อย /โรคที่เป็นปัญหา โดยมีการจัดเก็บหรือติดตั้งอยู่ ที่ที่เหมาะสมที่จะพร้อมใช้งานได้เมื่อต้องการ และมีการกำกับติดตามประเมินการปฏิบัติใช้งานหรือไม่	2	มีการดำเนินการอย่างน้อย 5 เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญของรพ.	
		1	มีการดำเนินการน้อยกว่า 5 เรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญของรพ.	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
5-2. การบริหารความเสี่ยง				
ม5-2.1 มีคณะทำงานที่รับผิดชอบ	• ตรวจดูว่ามีรายชื่อผู้รับผิดชอบ หรือ คำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ เช่น การประกันคุณภาพ, การติดเชื้อใน รพ., อาชีวอนามัย, โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย	2	มีคณะทำงานและดำเนินการสม่ำเสมอ	
		1	มีคณะทำงานแต่ไม่มีการดำเนินการสม่ำเสมอ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม5-2.2 มีการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป	• ดูจากเอกสารหลักฐานว่ามีผลการสำรวจข้อมูล การเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์ / การค้นหาความเสี่ยง เพื่อทบทวนวิเคราะห์ ปัญหา ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร รพ. และการจัดทำแผนและดำเนินการเพื่อป้องกันหรือจัดการความเสี่ยง	2	มีการค้นหา จัดการ ป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของรพ.อย่างครบถ้วน	
		1	มีการค้นหา จัดการ ป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญของรพ.แต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
5-3. การควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาล				
ม5-3.1 มีการจัดโครงสร้างการบริหารงานและมีการจัดการทรัพยากรบุคคลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	• ตรวจดูว่า มีรายชื่อผู้รับผิดชอบ หรือคำสั่งคณะกรรมการ หรือ คณะทำงานซึ่งรับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ประกอบด้วยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องครบถ้วนอย่างน้อย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และ มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)และมีพยาบาลประจำแผนกต่างๆที่ผ่านการอบรมจนมีความรู้ความสามารถเพียงพอ	2	มีคณะทำงานเหมาะสมและดำเนินการสม่ำเสมอ	
		1	มีคณะทำงานแต่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีการดำเนินการสม่ำเสมอ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม5-3.2 มีการกำหนดแนวทางและมีการปฏิบัติในการขจัด ควบคุม หรือป้องกันการติดเชื้อ เป็นลายลักษณ์อักษร	• ดูจากเอกสารหลักฐานว่า และการซักถาม ว่ามีการกำหนดแนวทาง วิธีการปฏิบัติในการขจัด หรือการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย การกำจัดเชื้อ การทำลายและการทำให้ปราศจากเชื้อ รวมถึงการใช้งานและดูแลเครื่องมือที่ถูกต้อง	2	มีแนวทาง แผน และการปฏิบัติครบถ้วนสม่ำเสมอ	
		1	มีแนวทาง แผน และการปฏิบัติทียังไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่ำเสมอ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม5-3.3 มีระบบรายงานอัตราการติดเชื้อหรือการสำรวจข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นระยะ หรือมีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้ใช้บริการ	• ตรวจดูจากเอกสารหลักฐานข้อมูลรายงานเพื่อดูว่า มีการเก็บข้อมูลการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด , การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการสอดใส่ อุปกรณ์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ สายสวนปัสสาวะ เป็นรายเดือน หรือ การวิเคราะห์หาอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่าน หรือ มีการสำรวจอัตราชุก (prevalence survey) การติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้ใช้บริการ หรือ มีสอบสวนการระบาด สม่ำเสมอทุกเดือน	2	มีการดำเนินการครบถ้วน สม่ำเสมอ	
		1	มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่ สม่ำเสมอ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม5-4. ระบบการตรวจสอบด้านเวชระเบียน และรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน	• ตรวจดูจากเอกสารหลักฐาน การดูการปฏิบัติจริงในหน่วยเวชระเบียน ร่วมกับการซักถาม เพื่อดูว่ามีการจัดการ 4.1 มีการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน (medical record audit) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หรือไม่น้อยกว่า 5% ของแฟ้ม ต่อปี 4.2 มีการรายงานผลการตรวจสอบ และการกำหนดแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เป็นลายลักษณ์อักษร หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์	2	มีการดำเนินการครบถ้วน สม่ำเสมอ	
		1	มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่ำเสมอ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม5-5. มีการจัดประชุมวิชาการ หรือการนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย หรือการจัดทำวิจัย ในหน่วยบริการ	• ตรวจดูจากเอกสารหลักฐาน การดูการปฏิบัติจริงเพื่อดูว่าหน่วยบริการมีการดำเนินการ 1. มีรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วย หรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา หรือ รายงานการทบทวนการป่วย .การตาย 2. มีการจัดประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน ที่แสดงด้วยภาพ หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์	2	มีการดำเนินการครบถ้วน สม่ำเสมอ	
		1	มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่ำเสมอ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม5-6. มีระบบการกำกับคุณภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ	• ตรวจดูจากเอกสารหลักฐาน การดูการปฏิบัติจริงเพื่อดูว่าหน่วยบริการมีการดำเนินการต่อไปนี้ตามข้อ 1-5 หรือไม่ 1. มีการกำหนดเครื่องชี้วัดในการประเมินผลการให้บริการ 2. มีการกำหนดเครื่องชี้วัดในการประเมินผลด้านการเงิน 3. มีการกำหนดเครื่องชี้วัดในการประเมินผลการให้บริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 4. มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีทางสถิติ 5. มีการนำเสนอข้อมูลและผลการวิเคราะห์ต่อผู้เกี่ยวข้อง	2	มีการดำเนินการครบถ้วน สม่ำเสมอ	
		1	มีการดำเนินการไม่ครบถ้วนหรือไม่สม่ำเสมอ	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

หมวด 6 อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม.6-1. มีลักษณะอาคารสถานที่ และการจัดการพื้นที่ เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กรณีเป็นสถานบริการเอกชน หรือเป็นไปตามที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนด กรณีเป็นสถานบริการของรัฐ หรือสภากาชาดไทย	• ในกรณีสถานพยาบาลเอกชน ตรวจดูจากเอกสารหลักฐานผลการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประจำปี (แบบตรวจของกองประกอบโรคศิลปะ)หากเป็นสถานพยาบาลภาครัฐถือว่าเป็นไปตามที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนดอยู่แล้ว หากมีการต่อเติมอาคารเองต้องดูแลหลักฐานด้านวิศวกรรม ความปลอดภัยด้วย	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม.6-2. การอำนวยความสะดวกและส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย	• การพิจารณาโดยการสำรวจพื้นที่รอบสถานพยาบาล ทั้งภายนอกและภายในอาคาร เพื่อดูว่ามีการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ตามรายการตรวจในข้อ 1 - 7 หรือไม่ 1. มีทางลาดสำหรับผู้ป่วยที่หน่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอก 2. มีทางเชื่อมระหว่างจุดบริการผู้ป่วยทุกจุดรวมทั้งหอผู้ป่วยทุกหอ ทางเชื่อมมีพื้นเรียบและมีหลังคา 3. มีการอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ เช่น ห้องน้ำคนพิการ ทางลาดเอียงขึ้นอาคาร ราวจับ 4. มีลิฟต์หรือทางลาดสำหรับอาคารที่สูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป 5. มีที่จอดรถยนต์และรถจักรยานยนต์สำหรับผู้ป่วยและญาติเป็นสัดส่วนซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากทางเข้า และมีพื้นที่จอดรถเพียงพอกับปริมาณความต้องการในช่วงที่มีผู้ใช้บริการปกติ 6. มีจำนวนห้องส้วมเพียงพอ กับผู้ใช้ อย่างน้อยห้องส้วม : เตียง = 1 : 6 โดยแยกสำหรับ ชาย หญิง เจ้าหน้าที่ และมีเครื่องหมายบอกชัดเจนและให้มีกริ่งในห้องน้ำด้วย 7. มีป้ายบอกหรือสัญลักษณ์ที่แสดงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆ ให้เห็นชัดเจน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม.6-3. การจัดการความสะอาดของสถานที่ และการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาคาร	• การพิจารณาโดยการสำรวจดูพื้นที่ รอบสถานพยาบาล ทั้งภายนอกและภายในอาคาร เพื่อดูว่ามีการจัดการความสะอาดของสถานที่ และการควบคุมปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาคาร ตามรายการตรวจในข้อ 1 - 5 หรือไม่ 1. สถานที่ทุกแห่งของหน่วยบริการมีความสะอาดเป็นระเบียบปราศจากขยะเรี่ยราดไม่มีหยากไย่ตามฝ้าเพดานขอบหน้าต่างไม่มีฝุ่นละออง 2. ห้องน้ำห้องส้วมทุกแห่งมีความสะอาด แห้งไม่มีกลิ่นเหม็น 3. ระบบการตรวจสอบและควบคุมสัตว์และแมลงพาหนะนำโรค 4. มีการระบายอากาศภายในอาคารทุกแผนกบริการผู้ป่วย เช่น มีช่องระบายอากาศ เปิดพัดลมดูดอากาศ 5. แสงสว่างเพียงพอภายในอาคาร ทุกแผนกบริการผู้ป่วย	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม.6-4. การป้องกันและดูแลความปลอดภัยด้านอัคคีภัย และภัยธรรมชาติ	• การพิจารณาโดยการเดินสำรวจดูพื้นที่ รอบสถานพยาบาล ทั้งภายนอกและภายในอาคาร เพื่อดูว่ามีการจัดการในการป้องกันภัยและดูแลความปลอดภัยด้านอัคคีภัย ภัยธรรมชาติ ของสถานพยาบาลอย่างไรบ้าง ตามรายการตรวจในข้อ 1-5 1. มีแผนการป้องกันระงับอัคคีภัยและภัยธรรมชาติอื่น ตลอดจนแผนการอพยพผู้ป่วยและมีการฝึกซ้อมตามแผนอย่างน้อย ปีละ1ครั้ง 2. มีผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานหรือคณะทำงานโดยตรง 3. มีการติดตั้งสัญญาณแจ้งเหตุเตือนเพลิงไหม้ ซึ่งอยู่ในสภาพใช้การได้ 4. มีอุปกรณ์ดับเพลิงที่อยู่ในสภาพดี ติดตามอาคาร หรือ แผนกต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่ออัคคีภัย หรือมีระบบดับเพลิงอัตโนมัติ 5. มีช่องทางหนีไฟ และมีบันไดหนีไฟสำหรับอาคารที่สูงเกิน 3 ชั้น โดยติดป้ายบอกตำแหน่งบันได และบอกชั้นอย่างชัดเจน	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ม.6-5. ระบบสาธารณูปโภค และระบบสำรอง เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน	การพิจารณาโดยการเดินสำรวจดูพื้นที่ รอบสถานพยาบาล ทั้งภายนอกและภายในอาคาร เพื่อดูว่ามีการจัดการระบบสาธารณูปโภค และระบบสำรอง เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลอย่างไรบ้าง ตามรายการตรวจในข้อ 1-3 1. มีน้ำอุปโภค บริโภค สำหรับผู้รับบริการได้อย่างเพียงพอตลอดเวลา 2. ระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉินใช้กับห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก ห้องคลอด คลังเลือด และหน่วยอุบัติเหตุ เป็นอย่างน้อย 3. มีห้อง/สถานที่จัดเก็บรวบรวมแก๊สทางการแพทย์แยกจากกันเป็นสัดส่วนมิดชิดปลอดภัย	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
ม.6-6. มีระบบการกำจัดของเสียที่เหมาะสม	• การพิจารณาโดยการเดินสำรวจดูพื้นที่ รอบสถานพยาบาล ทั้งภายนอกและภายในอาคาร เพื่อดูว่ามีมีระบบการกำจัดของเสียของสถานพยาบาลที่ไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และ ชุมชน ตามรายการตรวจในข้อ 1-4 โดยพิจารณาประกอบกับผลการศึกษาหรือรายงานการรับรอง จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ 1. มีภาชนะรองรับขยะ มีฝาปิดมิดชิดไม่รั่วซึม ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่ายและมีการแยกภาชนะรองรับขยะติดเชื้อจากขยะทั่วไป 2. มีการกำจัดขยะติดเชื้อด้วยวิธีที่ถูกต้อง เช่น การเผา โดยหน่วยบริการเองหรือหน่วยงานภายนอก 3. มีระบบบำบัดน้ำเสียที่ถูกต้องตามหลักวิชาการของโรงพยาบาลที่สามารถรองรับน้ำทิ้ง ทั้งหมด 4. มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดและน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดมีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐานที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯและ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อย่างน้อย 6 เดือนครั้ง	2	มีการดำเนินการสมบูรณ์ครบถ้วน	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	

เกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการรับส่งต่อในส่วน สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์

แยกรายแผนก

****

การตรวจหน่วยบริการในแต่ละแผนกบริการ

การประเมินในเรื่องสถานที่ จะเน้นประเมินในด้านความเหมาะสมเป็นหลัก ข้อตรวจบางข้อไม่สามารถกำหนดเป็นค่าตัวเลขได้ เนื่องจากขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างเช่น ขนาด/พื้นที่ของหน่วยบริการ ปริมาณผู้รับบริการ ในแต่ละช่วงเวลาระบบการไหลเวียนของงาน โดยเกณฑ์สำคัญในการพิจารณาคือ คือสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นจะเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงานหรือไม่ ดังนั้นถ้าประเมินว่าสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ให้บันทึกไว้ เพื่อติดตามการแก้ไขปรับปรุงต่อไป

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 1 บริการผู้ป่วยนอก (OPD)				
OPD-การจัดสถานที่				
OPD- ส1 ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ตั้ง อยู่ด้านหน้าของหน่วยบริการมอง เห็นได้ง่าย และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้ง่าย	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจุดที่ตั้งของห้องตรวจผู้ป่วยนอก ว่าอยู่ด้านหน้าเป็นจุดที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกโดยเฉพาะผู้พิการ สามารถมองเห็นได้ง่าย เป็นจุดกลางที่สามารถเดินไปรับบริการที่หน่วยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องเอ็กซ์เรย์ ห้องปฏิบัติการ ห้องจ่ายยา ได้โดยง่าย โดยมีเครื่องหมายบอกทาง (เช่น ป้าย แผนที่)	2	สถานที่เหมาะสม	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรง และสามารถอนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมาก จำเป็นต้องแก้ไข	
OPD- ส2 มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับหน่วยประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ที่พัก	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งจุด	2	มีจุดบริการนี้แยกเป็นสัดส่วนให้เห็นชัดเจนและมีครบทุกจุด	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
รอตรวจ บริเวณคัดกรองผู้ป่วย ห้องบำบัดผู้ป่วยนอก แยกเป็นสัดส่วน	บริการต่างๆ ที่จำเป็นในการบริการผู้ป่วยนอก คือ มีจุดประชาสัมพันธ์ ห้องบัตร ห้องตรวจโรค ที่พักรอตรวจ บริเวณคัดกรองผู้ป่วย ห้อง บำบัดผู้ป่วย นอก (ห้องทำแผล-ฉีดยา)	1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่รุนแรง จำเป็นต้องแก้ไข	
OPD- ส3 พื้นที่ห้องตรวจแต่ละห้องมีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 2.5 x 3.0 เมตร มีพื้นที่เพียงพอสำหรับเตียงตรวจ การวางเครื่องมือที่จำเป็น สามารถนำเปลนอนเข้าได้	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูขนาดของห้องตรวจแต่ละห้อง ว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดวางเตียงตรวจ โต๊ะเก้าอี้ตรวจ การวางเครื่องมือที่จำเป็น และสามารถนำเปลนอนเข้าได้	2	พื้นที่เพียงพอ	
		1	ต่ำว่าเกณฑ์ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้	
		0	ต่ำกว่าเกณฑ์ จนไม่สามารถจัดวางเตียง โต๊ะเก้าอี้และเครื่องมือที่จำเป็นได้ครบหรือนำแปลนอนเข้าไม่ได้	
OPD- ส4 ที่พักคอยตรวจโรคไม่น้อยกว่า 10 ตารางเมตร ต่อหนึ่งห้องตรวจโรค โดยมีพื้นที่รวมไม่น้อยกว่า 20 ตารางเมตร	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูขนาดของพื้นที่รอตรวจ ว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับการรองรับผู้รอรับการตรวจโรคหรือไม่	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	ต่ำว่าเกณฑ์ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้	
		0	ต่ำกว่าเกณฑ์จนไม่เพียงพอเกิดความแออัดเป็นปัญหาอุปสรรคต่อผู้ป่วย	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
OPD- การจัดบุคลากร				
OPD- ค1 มีแพทย์ที่ออกตรวจผู้ป่วยนอกเพียงพอที่จะตรวจผู้ป่วยได้ไม่เกิน 12 คน / ชั่วโมง ในช่วงที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูจากสถิติการบริการ เพื่อดูว่ามีแพทย์ที่ทำหน้าที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปออกตรวจในห้องตรวจผู้ป่วยนอกเพียงพอ โดยคำนวณค่าเฉลี่ยในภาพรวมของหน่วยบริการ โดยดูจากจำนวนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยช่วงเช้าในหนึ่งวัน หารด้วยจำนวนห้องตรวจที่แพทย์ออกตรวจจริง หารด้วยจำนวนชั่วโมงที่เปิดตรวจบริการจริง (ไม่รวมคนไข้บริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล)	2	ค่าเฉลี่ยไม่เกิน 12 ราย / ชั่วโมง	
		1	ค่าเฉลี่ย 13-20 ราย/ชั่วโมง	
		0	ค่าเฉลี่ยมากกว่า 20 ราย/ชั่วโมง	
OPD- ค2 มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสำหรับคลินิกพิเศษเฉพาะทาง	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน และการซักถาม เพื่อดูว่าหากหน่วยบริการนั้นมีการจัดคลินิกพิเศษเฉพาะทาง จะต้องจัดให้มีการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ตรงกับบริการในคลินิกพิเศษนั้น (หากหน่วยบริการไม่ได้จัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะทางให้ใส่ 8 และใส่หมายเหตุด้านข้างช่องว่า ไม่มีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ซึ่งไม่คิดคะแนนในข้อนี้)	2	ให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ตรงกับบริการในคลินิกพิเศษ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
		8	หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการคลีนิกพิเศษเฉพาะทาง	
OPD- ค3 มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีมและประจำจุดบริการต่างๆอย่างน้อย 1 คน	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงานและการซักถาม เพื่อดูว่ามีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ หัวหน้าทีมและ ประจำจุดประเมินและคัดกรองผู้ป่วย อย่างน้อย 1 คนประจำจุดบำบัด/ห้องหัตถการ (ถ้ามี) 1 คน (เช่น มีการแยกห้องฉีดยา ทำแผล EKG ผ่าฝี หัตถการเล็กๆ ที่บริเวณตรวจผู้ป่วยนอก)	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ และมีการให้บริการโดยบุคลากรอื่นในทีมการพยาบาลภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ	
		0	ไม่มีพยาบาลวิชาชีพเลย	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
OPD- อุปกรณ์				
OPD- อ1 จัดให้มีชุดตรวจโรคทั่วไปประจำแต่ละห้องตรวจโรคครบถ้วน	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่าแต่ละ ห้องตรวจต้องมีอุปกรณ์ชุดตรวจโรคทั่วไปดังต่อไปนี้ 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 จัดให้มีเครื่องมือและอุปกรณ์ตรวจพิเศษ หากมีการจัดคลินิกเฉพาะทาง	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน และการซักถาม เพื่อดูว่าหากหน่วยบริการนั้นมีการจัดคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ได้จัดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นซึ่งต้องใช้ในการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในคลินิกพิเศษนั้น (หากหน่วยบริการไม่ได้จัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะทางให้ใส่ 8 และใส่หมายเหตุด้านข้างช่องว่า ไม่มีคลินิกพิเศษเฉพาะทาง ซึ่งไม่คิดคะแนนในข้อนี้)	2	มีเครื่องมือ/อุปกรณ์การตรวจพิเศษที่จำเป็นในคลินิกพิเศษนั้นครบถ้วน เพียงพอ	
		1	ขาดอุปกรณ์บางรายการ หรือมีไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	ขาดอุปกรณ์จำเป็น หรือมีไม่เพียงพอ	
		8	หน่วยบริการไม่ได้จัดบริการคลีนิกพิเศษเฉพาะทาง	
OPD- อ3 มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำหน่วย	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน และซักถาม โดยดูว่า มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ที่มีอุปกรณ์ และ รายการยาตามราย การที่กำหนด โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 3.1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้ขนาดต่างๆพร้อมใช้งานทั้งเด็กและผู้ใหญ่ : self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes 3.2. มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPG Guidline ของหน่วยงานและไม่หมดอายุ 3.3. การตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 3.4. มีออกซิเจน และอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย	2	มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ใช้ร่วมกับแผนกอื่นและสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มียาและอุปกรณ์และการดำเนินการไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญและไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 2 บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน				
ER สถานที่				
ER-ส 1 มองเห็นป้ายแสดงที่ตั้งของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนเข้า หรือเมื่อเลี้ยวเข้าประตูโรงพยาบาล สามารถมองเห็นหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้ง่าย เมื่อเข้าในเขตหน่วยบริการ	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจุดที่ตั้งของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ว่าอยู่ด้านหน้าในจุดที่ผู้รับบริการสามารถมองเห็นได้ง่าย โดยมีป้ายแสดงที่ตั้งของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนเข้า หรือเมื่อเลี้ยวเข้าประตูโรงพยาบาล และป้ายหน้าห้อง ที่ทำให้สามารถมองเห็นหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ง่ายและทันที เมื่อเข้าในเขตหน่วยบริการ	2	สถานที่เหมาะสม	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ใน ระดับที่ไม่รุนแรง และสามารถอนุ โลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการอย่างมาก จำเป็นต้องแก้ไข	
ER-ส2 มีทางให้รถยนต์วิ่งเข้าไปจอดเพื่อรับและส่งผู้ป่วยได้สะดวกประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่ามีทางให้รถยนต์วิ่งเข้าไปจอดเพื่อรับส่ง และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ และประตูอาคารกว้างมากพอและมีทางลาดสำหรับรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก	2	เหมาะสม	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุป สรรคต่อผู้รับบริการอย่างมาก จำเป็นต้อง แก้ไข	
ER-ส3 มีเตียงรับผู้ป่วยในการตรวจรักษาและปฐมพยาบาลได้ไม่น้อยกว่า 3 เตียง	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูว่าในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีเตียงรับผู้ป่วย ในการตรวจรักษาและปฐมพยาบาล โดยนับทุกประเภท	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มี1-2 เตียง	
		0	ไม่มีเตียงในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ER-ส4 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอกับการบริการอย่างน้อย 20 ตารางเมตร และ เพิ่มขึ้นทุก 10 ตารางเมตรต่อเตียง	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการวัดคำนวณ เพื่อดูขนาดของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ว่ามีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดวางเตียงรักษาพยาบาล การวางเครื่องมือที่จำเป็น	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	ต่ำว่าเกณฑ์ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้	
		0	ต่ำกว่าเกณฑ์จนเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน	
ER-ส5 มีพื้นที่เพียงพอสำหรับรองรับอุบัติเหตุหมู่	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงานร่วมกับการซักถาม เพื่อดูว่าหน่วยบริการมีการจัดพื้นที่ไว้สำหรับรองรับอุบัติเหตุหมู่ ที่สัมพันธ์กับปัญหา/อุบัติการณ์/บริบทของโรงพยาบาล มีการติดป้ายหรือสัญลักษณ์ มีแผนผังที่แสดงไว้ชัดเจนสอดคล้องกับแผนอุบัติเหตุหมู่ของโรงพยาบาล	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	ต่ำว่าเกณฑ์ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลม	
		0	ต่ำกว่าเกณฑ์จนเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน	
ER- การจัดบุคลากร				
ER- ค 1 ต้องมีแพทย์ประจำทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวรประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอดเวลา	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีแพทย์เวรประจำแต่ไม่ครบตลอด 24 ชม. หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่มีแพทย์เวร	
ER- ค.2 มีพยาบาลประจำทุกเวรอย่างน้อย 2 คน ตลอด 24 ชั่วโมง และอย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีทีมการพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล) ปฏิบัติงานประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอดเวลา ในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีพยาบาลวิชาชีพ แต่มีทีมพยาบาล ม่ครบ 2 คน ตลอด 24 ชม.	
		0	ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ หรือทีมพยาบาลครบ 24ชม.	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ER- ค.3 บุคลากรทุกคนมีความรู้และทักษะในการกู้ชีพอย่างน้อยชั้นพื้นฐาน และได้รับการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ	• เป็นการซักถาม และขอดูเอกสารหลักฐานแผนหรือบันทึกการฝึกอบรม เพื่อดูว่าบุคลากรในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อยขั้นพื้นฐานการกู้ชีพและได้รับการฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ภายในโรงพยาบาลหรือที่จัดโดยหน่วยงานอื่นอย่างสม่ำเสมอ	2	เป็นไปตามเกณฑ์โดยทุกคนในทีมผ่านการฝึกอบรม มาไม่เกิน 1 ปี	
		1	ผ่านการอบรมทุกคน แต่นานเกินกว่า 1 ปี หรือ ผ่านการอบรมไม่ครบทุกคน	
		0	ทุกคนไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน	
ER- ค.4 ต้องมีการจัดอัตรากำลังสำรองในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหมู่	• เป็นการซักถาม และขอดูเอกสารหลักฐานว่ามีแผนการจัดอัตรากำลังสำรองในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหมู่ เช่น มีรายชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ มีผู้รับผิดชอบในการสั่งการ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีการจัดอัตรากำลัง แต่ไม่มีรายชื่อพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ที่พร้อมใช้ได้ทันที	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ER- อุปกรณ์ เครื่องมือ				
ER- อ 1 มีชุดตรวจโรคทั่วไป ครบทุกรายการ	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่ามีอุปกรณ์ชุดตรวจโรคทั่วไป คือ เตียงตรวจโรค โต๊ะ เก้าอี้ Stethoscope เครื่องวัดความดันโลหิต ไม้กดลิ้น ไฟฉาย ไม้เคาะเข่า เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย	2	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
		1	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินแต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการ ประจำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ER- อ 2 ต้องมีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำไว้ในหน่วยฉุกเฉิน	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน และซักถาม โดยดูว่ามีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ที่มีอุปกรณ์ และ รายการยา ตามรายการที่กำหนด โดยมีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 2.1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้พร้อมใช้งาน : self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes ขนาดต่างๆ 2.2. มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉินตาม CPG Guidline ของหน่วยงาน 2.3. มีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร	2	มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งาน ครบทุกราย การที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
		1	มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งานไม่ครบทุกรายการที่กำหนด แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์และยาที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
ER- อ3 ต้องมีเครื่องมือทางการแพทย์พร้อมใช้งาน	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีราย การเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่อง มือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อม ใช้งาน 3.1 ออกซิเจนและอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย 3.2 เครื่องดูดเสมหะ (suction) 3.3 เครื่องกระตุกหัวใจ (defibrillator) 3.4 เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG recorder/monitor)	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	
		1	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ER- อ4 มีชุดเครื่องมือจำเป็นสำหรับเวชหัตถการฉุกเฉิน ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐาน เพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้งาน	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูชุดเครื่องมือสำหรับเวชหัตถการฉุกเฉินที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อดูว่ามีตามรายการที่กำหนดครบ อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย 4.1. ชุดเย็บแผล (suture set) 4.2. ชุดผ่าตัดเปิดหลอดเลือดดำ (venesection set) 4.3. ชุดผ่าตัดเปิดหลอดลม (tracheostomy set) 4.4. ชุดผ่าตัดใส่ท่อระบายทรวงอก (chest drain set) 4.5. ชุดอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น การล้างสารพิษ ดามกระดูก ชุดห้ามเลือด ล้างท้อง 4.6. อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ถุงมือ หน้ากาก หมวกแว่นตา พลาสติกกันเปื้อน	2	มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และมีจำนวนเพียงพอ	
		1	มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือมีจำนวนไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีชุดเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ไม่ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือมีจำนวนไม่เพียงพอ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
ER- อ5 รถพยาบาล	• เป็นการสังเกตจากลักษณะและสภาพรถพยาบาล หรือซักถาม หรือดูเอกสารการซ่อมบำรุงรถพยาบาล เพื่อดูว่ามีรถพยาบาลพร้อมคน ขับประจำในสภาพพร้อมปฏิบัติงานได้ตลอด ตรวจสภาพอุปกรณ์เครื่องมือในรถพยาบาลหรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมืออุปกรณ์ ยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำรถ (self - inflating bag, laryngoscope, endotracheal tube, oral airway) ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพ	2	มีรถพยาบาลที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อย 1 คัน และมีพนักงานขับรถพยาบาล ที่ผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการปฐมพยาบาล และมีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในรถพยาบาล	
		1	ความพร้อมหรืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ซึ่งไม่ใช่ปัญหาสำคัญ และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	พร้อมใช้งาน 5.1. มีรถที่อยู่ในสภาพดีพร้อมที่จะใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อม พนัก งานขับรถ ที่ผ่านการอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น 5.2. มีเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 5.3. มีเครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ 5.4. มียาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำรถ ตามแนวทาง CPG Guidline ของหน่วยงาน 5.5. มีชุดห้ามเลือดทำแผล 5.6. มีการจัดเจ้าหน้าที่ซึ่งผ่านการอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพมาไม่เกิน 1 ปี พร้อมที่จะปฏิบัติงานประจำรถ	0	ความพร้อมหรืออุปกรณ์ไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ และไม่สามารถแก้ไขได้ทันเวลา	
ER- อ6. มีบริการสนับสนุนต่อไปนี้ตลอด 24 ชั่วโมง	● เป็นการสังเกตจากสภาพการปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูเอกสารการจัดเวรเจ้าหน้าที่ เพื่อดูว่ามีบริการสนับสนุนสำหรับการให้บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามที่กำหนด ตลอด 24 ชม.หรือไม่ 6.1 บริการการตรวจชันสูตรทาง ห้องปฏิบัติการ 6.2 บริการตรวจทางรังสีวิทยา 6.3 บริการโลหิต 6.4 บริการเภสัชกรรม 6.5 เวชระเบียน	2	มีบริการสนับสนุนตามรายการ พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง	
		1	มีบริการสนับสนุนตามรายการ ไม่ครบหรือไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีบริการสนับสนุนตามรายการ ไม่ครบหรือไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 3 บริการผู้ป่วยใน (IPD) หลักการตรวจประเมินแผนกบริการผู้ป่วยใน (IPD) 1. กรณี รพ.ต่ำกว่า 100 เตียง ให้สุ่มตรวจเฉพาะบางหอผู้ป่วย 2. ในกรณี รพ. 100 เตียงขึ้นไป สุ่มตรวจ 4 แผนกหลัก (สูตินรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม) แผนกละ 1 หอผู้ป่วย 3. การพิจารณาคะแนน ให้ใช้คะแนนจากหอผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำที่สุด เป็นหลัก				
IPD – สถานที่				
IPD - ส1 จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยรวม ไม่เกิน 30 เตียง ต่อหอผู้ป่วย และระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างปลายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร สามารถนำเปลเข็นเข้าเทียบเตียงผู้ป่วยได้โดยสะดวก	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาสภาพภายในหอผู้ป่วยรวม ว่ามีการจัดเตียงผู้ป่วยหนาแน่นแออัดหรือไม่ สามารถให้การบริการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมหรือไม่ โดยดูเป็นภาพรวมในภาวะปกติของทั้งปี (ไม่คำนึงถึงบางฤดูกาลหรือเมื่อมีโรคระบาด) ทั้งนี้ให้พิจารณาถึงขนาดของห้อง และระยะห่างระหว่างเตียง เป็นสำคัญ ซึ่งในหน่วยบริการแต่ละแห่งจะมีพื้นที่แตกต่างกันได้ โดยมีแนวทางการพิจารณา ดังนี้ 1.1. มีการจัดระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร 1.2. ระยะห่างระหว่างปลายเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร	2	เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 2 ข้อ	
		1	เป็นไปตามเกณฑ์เฉพาะข้อ 1	
		0	ไม่เป็นตามเกณฑ์ข้อ 1	
IPD - ส2 มีการจัดสถานที่ใช้สอยภายในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาดูสภาพภายในหอผู้ป่วยรวม ว่ามีการจัดพื้นที่ให้มีส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ได้แก่ 2.1. มีห้องปฏิบัติการรักษาพยาบาล (treatment room) เป็นสัดส่วนสะอาด เป็นระเบียบ 2.2. มีพื้นที่สำหรับเตรียมยา ล้างและเตรียมเครื่องมือเป็นสัดส่วน 2.3. มีส่วนทำการพยาบาล (nurse station) ซึ่งสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ทั่วถึง (สำหรับหอผู้ป่วยรวม) และสามารถให้ผู้ป่วย/ญาติติดต่อได้สะดวก 2.4. พื้นที่เก็บเครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้า ยา สารน้ำ เป็นระเบียบหมวดหมู่ 2.5. มีพื้นที่และภาชนะเก็บผ้าเปื้อนเป็นสัดส่วน	2	เป็นไปตามเกณฑ์ ครบทุกข้อ	
		1	เป็นไปตามเกณฑ์ 3 ข้อ ขึ้นไป	
		0	เป็นไปตามเกณฑ์ น้อยกว่า 3 ข้อ	
IPD - การจัดบุคลากร				

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
IPD - ค1 มีแพทย์ซึ่งมีคุณวุฒิเหมาะสมรับผิดชอบผู้ป่วยในแต่ละราย	● พิจารณาการจัดแพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย ตรงกับแผนกที่ดูแล คือ ผู้ป่วยทุกรายมีเจ้าของไข้ที่ดูแล	2	มีแพทย์ รับผิดชอบผู้ป่วยตรงตามแผนก	
		1	มีแพทย์ รับผิดชอบผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่อาจมีการดูแลข้ามสาขาที่ใกล้เคียงกัน	
		0	ไม่เป็นไปตามที่กำหนด	
IPD - ค2 มีแพทย์เวรพร้อมให้บริการผู้ป่วยในโดยเฉพาะ อย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน การซักถาม การตรวจสอบจากตารางการจัดเวรผลัด หรือตรวจดูเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาการจัดแพทย์เวรที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย (สำหรับ รพ.ขนาดน้อยกว่า 100 เตียง)	2	มีแพทย์เวรรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม.	
		1	มีแพทย์เวรดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 16 ชม. หลังจากนั้นเป็น Oncall	
		0	มีแพทย์เวร 8 ชม. และ Oncall 16 ชม.	
		8	ไม่ตรวจ ใน รพ. ขนาดมากกว่า 100 เตียงขึ้นไป	
IPD - ค3 มีแพทย์เวรแยกสำหรับแต่ละสาขาโดยเฉพาะอย่างน้อยใน 4 สาขาหลัก (สูตินรีเวช ศัลยกรรมทั่วไป กุมารเวชกรรม อายุรกรรม)	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน การซักถาม การตรวจสอบจากตารางการจัดเวรผลัด โดยพิจารณาการจัดเวรผลัดของแพทย์ เฉพาะทาง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย (สำหรับ รพ.ขนาด 100 เตียงขึ้นไป)	2	มีแพทย์เวรใน 4 สาขาหลักครบ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชม.	
		1	มีแพทย์เวรใน 4 สาขาหลัก ดูแลผู้ป่วย อย่างน้อย 16 ชม. หลังจากนั้นเป็น Oncall	
		0	มีแพทย์เวรใน 4 สาขาหลัก ดูแลผู้ป่วย 8 ชม. และ Oncall 16 ชม. หรือมีแพทย์เวรไม่ครบ 4 สาขา	
		8	ไม่ตรวจ ใน รพ.ขนาดน้อยกว่า 100 เตียง	
IPD - ค4 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร และปฏิบัติงานประจำ	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร และปฏิบัติงานประจำอยู่ในหอ	2	มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร และมีอัตราส่วนต่อผู้ป่วย 1:30	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
อย่างน้อย 1 คนในแต่ละเวรต่อผู้ป่วยไม่เกิน 30 คน	ผู้ป่วย ในอัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วย 1:30 **ในทุกเวร** (พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน)	1	มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร แต่มีอัตราส่วนต่อผู้ป่วยมากกว่า 1:30	
		0	ไม่มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหัวหน้าเวร	
IPD - อุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์				
IPD - อ1 อุปกรณ์ประจำเตียงและห้องผู้ป่วย	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่าแต่ละเตียงผู้ป่วย มีอุปกรณ์ประจำเตียง ตามที่กำหนดหรือไม่ คือ เตียงผู้ป่วยแบบมาตรฐานทางการแพทย์ ตู้ข้างเตียง โต๊ะคร่อมเตียง ม่านหรือฉาก อุปกรณ์ขอความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้	2	มีอุปกรณ์/ยาที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	
		1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับ แผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
IPD - อ2 มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำหอผู้ป่วย	● ให้ตรวจสอบใน emergency cart โดยดูว่าแต่ละหอผู้ป่วย มีอุปกรณ์ประจำหอ ตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้ 2.1. มีอุปกรณ์ต่อไปนี้พร้อมใช้งาน : self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes ขนาดต่างๆ 2.2. ยาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPG Guildine ของ หน่วยงาน (เช่น adrenalin, sodium bicarbonate, calcium gluconate , glucose เป็นอย่างน้อย) 2.3. การเก็บรักษา ตรวจเช็ค ยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร	2	มีอุปกรณ์/ยาที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	
		1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับ แผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
IPD - อ3 มีชุดเครื่องมือจำเป็น ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่ได้	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่ามีเครื่องมือตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้	2	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
มาตรฐาน เพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้งาน	3.1. ชุดทำแผล ฉีดยา 3.2. ชุดผ่าตัดเปิดหลอดเลือดดำ (venesection set) 3.3. สวนปัสสาวะ 3.4. อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น ถุงมือ หน้ากาก หมวกแว่นตาพลาสติกกันเปื้อน	1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ อาจใช้ร่วมกับ แผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
IPD - อ4 เครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอกับปริมาณการบริการและพร้อมใช้	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยดูว่า มีเครื่องมือตามที่กำหนดหรือไม่ โดยอุปกรณ์บางอย่างอาจใช้ร่วมกันได้ 4.1 มี oxygen supply ในระบบ pipeline หรือแบบถัง 4.2 มี suction และ gastric suction ที่เหมาะสมกับอายุผู้ป่วย 4.3 ตู้เย็นสำหรับเก็บยา 4.4 เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 4.5 เครื่องกระตุกหัวใจ 4.6 เครื่องตรวจวัดเฝ้าระวังระดับออกซิเจน	2	มีอุปกรณ์ที่พร้อมใช้งานครบทุกรายการที่กำหนดประจำอยู่ในแต่ละหอผู้ป่วย	
		1	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบอาจใช้ร่วมกับ แผนกอื่น ซึ่งสามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีอุปกรณ์บางอย่างไม่ครบ และไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 4 บริการห้องคลอด (OB)				
OB – สถานที่ห้องคลอด				
OB - ส1 สถานที่ตั้งหน่วยงานสะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้งของห้องคลอดว่าอยู่ในจุดสะดวกในการเข้ามารับบริการและการเคลื่อนย้ายเข้าสู่ห้องผ่าตัดหรือหอผู้ป่วย ได้สะดวกรวดเร็ว	2	สถานที่เหมาะสม ผู้รับบริการสามารถเข้ามารับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้ รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่รุนแรง จำเป็นต้องแก้ไขโดยเร็ว	
OB - ส2 จำนวนเตียงเพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการตลอดวัน	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจำนวนเตียงรอคลอด เตียงคลอด และเตียงพักฟื้นหลังคลอด เทียบกับข้อมูลสถิติการคลอด	2	มีจำนวนเตียงรอคลอด เตียงคลอด และเตียงพักฟื้นหลังคลอดเพียงพอกับการ บริการ	
		1	เตียงรอคลอดหรือเตียงพักฟื้นไม่เพียงพอ ต้องมีเตียงเสริม หรือฝากไว้หอผู้ป่วยอื่นน้อยกว่า ร้อยละ 30 ของปริมาณคลอด	
		0	เตียงรอคลอดหรือเตียงพักฟื้นไม่เพียงพอ ต้องมีเตียงเสริม หรือฝากไว้หอผู้ป่วยอื่น ร้อยละ30ขึ้นไป ของปริมาณคลอด	
OB - ส.3 มีการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่าง ๆ ครบถ้วนและเหมาะสม	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดพื้นสำหรับการบริการคลอด ว่ามีบริเวณรับใหม่อยู่ใกล้บริเวณรอคลอด ซึ่งอยู่ในเขตสะอาดและสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายไปห้องคลอด ซึ่งเป็นบริเวณเขตสะอาดหรือเขตปราศจากเชื้อ และห้องพักฟื้นหลังคลอดอยู่บริเวณที่พยาบาลสามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา ตลอดจนมีห้องน้ำห้องส้วมอยู่ใกล้ห้องรอคลอด	2	มีการจัดพื้นที่ส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ และมีความสะอาด	
		1	การจัดพื้นที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สะอาด แต่ไม่รุนแรงและสามารถแก้ไขได้	
		0	การจัดพื้นที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สะอาด และมีระดับรุนแรงมีผลกระทบต่อบริการ และไม่สามารถแก้ไขได้โดยเร็ว	
OB - การจัดบุคลากร				

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
OB - ค1 ต้องมีแพทย์พร้อมให้บริการทำคลอดตลอด 24 ชั่วโมง	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวรพร้อมให้บริการทำคลอดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง	2	มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชม.	
		1	แพทย์ไม่ได้ปฏิบัติงานประจำ ตลอด 24 ชม. แต่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย หรือ ใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่มีการจัดแพทย์เวรประจำห้องคลอด	
OB - ค2 ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานเป็นการประจำตลอด 24 ชม.	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามี พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานประจำอยู่ในห้องคลอด ตลอดเวลา ในลักษณะเวรผลัด ตลอด 24 ชั่วโมง	2	มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำครบทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชม.	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OB - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
OB - อ1. อุปกรณ์ เครื่องมือ	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย (การให้คะแนนรวม ให้ทุกข้อย่อยเป็น ๑ ข้อใหญ่) รายการเครื่องมือได้แก่ 1.1. มีเตียงทำคลอดและโคมไฟชนิดปรับระดับได้ 1.2. มีเตียงทารกแรกคลอด และเตียงช่วยฟื้นคืนชีพทารก 1.3. เครื่องวัดความดันโลหิต, Stethoscope 1.4. มีเครื่องตรวจอัตราการเต้นหัวใจสำหรับทารกในครรภ์ 1.5. เครื่องมือทำคลอดที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยคลอดปกติ อุปกรณ์ช่วยคลอดผิดปกติ (Forceps, Vacuum)	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องคลอด และมีจำนวนเพียงพอ	
		1	ใช้ร่วมกับแผนกอื่น หรือ อุปกรณ์บางอย่างมีไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	ใช้ร่วมกับแผนกอื่น หรือ อุปกรณ์บางอย่างมีไม่เพียงพอ แต่ไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	Set ทำ Umbilical catheterization Set venesection Set uterine Curettage Vaginal Retractor 1.6. เฝ้าระวังสัญญาณชีพ 1.7. มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ (emergency cart) ตามแนวทาง CPG Guidline ของหน่วยงาน 1.8. และอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วย 1.9. เครื่องดูดเสมหะ 1.10. เครื่องกระตุกหัวใจสำหรับมารดาและทารก 1.11. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 1.12. ฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ 1.13. radian warmer 1.14. ตู้อบทารก 1.15. เครื่องชั่งน้ำหนักทารก			

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 5 บริการห้องผ่าตัด (OR) ไม่นับรวมห้องผ่าตัดเล็ก และพิจารณาเฉพาะห้องที่เปิดใช้งานหรือมีสภาพพร้อมใช้งานแต่ยังไม่ได้เปิดใช้ด้วย				
OR - สถานที่				
OR - ส1 มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหนัก หน่วยรังสี หน่วยอุบัติเหตุ และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้งไม่อยู่ติดถนนใหญ่มียวดยานพลุกพล่านและไม่อยู่ติดชั้นล่างที่มีผู้สัญจรไปมาจำนวนมาก ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆเป็นสัดส่วนมีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างห้องผ่าตัดกับหน่วยงานอื่น เช่น ICU ห้องฉุกเฉิน X-RAY ธนาคารเลือด ได้สะดวกรวดเร็ว	2	สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่รุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้	
OR - ส2 ห้องผ่าตัดแต่ละห้องมีขนาดไม่น้อยกว่า 25 ตารางเมตร สูงไม่น้อยกว่า 3 เมตร และในแต่ละห้องมีเตียงผ่าตัดเพียง 1 เตียงเท่านั้น	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาขนาดของห้องผ่าตัดแต่ละห้อง และจำนวนเตียงผ่าตัด ว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ ทั้งนี้ให้พิจารณาทุกห้องหากหน่วยบริการมีหลายห้อง	2	มีจำนวนห้องและเตียงผ่าตัดในห้อง เป็นไปตามเกณฑ์ ทุกห้อง	
		1	มีบางห้องขนาดต่ำกว่ามาตรฐานในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ทุกห้อง	
OR - ส3 มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน แบ่งเป็น 4 เขต คือ เขตปลอดเชื้อ เขตกึ่งปลอดเชื้อเขตสะอาด เขตปนเปื้อน โดยมีประตูกั้นระหว่างเขตหรือมีระบบป้องกันการปนเปื้อน	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ภายในบริเวณแผนก/อาคารผ่าตัดเป็น เขตปลอดเชื้อ เขตกึ่งปลอดเชื้อ เขตสะอาด เขตปนเปื้อน โดยมีประตูกั้นระหว่างเขตหรือมีระบบป้องกันการปนเปื้อน และมีการใช้พื้นที่ในเขตต่างๆอย่างเหมาะสมถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	2	จัดสัดส่วนครบถ้วนตามเกณฑ์ และ มีการปฏิบัติในการใช้สอยพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		1	จัดสัดส่วนไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือบางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระดับที่ไม่รุนแรง	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR - ส4 มีห้องหรือเขตพักฟื้นเป็น	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มี	2	เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
สัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อของอาคารผ่าตัด	ห้องหรือเขตพักฟื้น เป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อ สำหรับดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก และมีความพร้อมในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน	1	บางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR - ส5 มีอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ อยู่ติดกับห้องผ่าตัด 2 อ่างต่อ 1 ห้องผ่าตัด	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีอ่างฟอกมือชนิดที่ไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำในบริเวณกึ่งปลอดเชื้อ อยู่ติดกับห้องผ่าตัด 2 อ่างต่อ 1 ห้องผ่าตัด โดยบริเวณที่ล้างทำความสะอาดเครื่องมือเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่ใช้ที่เดียวกับอ่างล้างฟอกมือ หรือไม่อยู่บริเวณกึ่งปลอดเชื้อ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีอ่างล้างมือที่มีลักษณะถูกต้องแต่จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์	
		0	มีอ่างล้างมือที่มีลักษณะไม่ถูกต้อง และ/หรือ จำนวนน้อยกว่าเกณฑ์เกินร้อยละ 50	
OR - ส6 มีที่เก็บเครื่องมือ ยาวัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ เป็นสัดส่วนในเขตกึ่งปลอดเชื้อ	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดให้มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ ในเขตกึ่งปลอดเชื้อ โดยมีการเก็บเป็นระเบียบ ง่ายต่อการตรวจสอบและการหยิบใช้	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีการเก็บในกึ่งปลอดเชื้อ แต่จัดเก็บไม่เป็นระเบียบ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR - ส7 มีระบบสื่อสารติดต่อแพทย์ ห้องชันสูตร ห้องยา คลังเลือด หอผู้ป่วยหนัก และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้สะดวก	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากการจัดให้มีระบบการสื่อสาร โดยมีโทรศัพท์ภายใน เป็นอย่างน้อยในทุกห้องผ่าตัด ที่สามารถติดต่อไปยังหน่วยงานอื่นได้ตลอดเวลา และจุดบริการอื่นๆ เพื่อสามารถติดต่อแพทย์ ห้องชันสูตร ห้องยา คลังเลือด หอผู้ป่วยหนัก และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้สะดวกรวดเร็ว	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มี แต่ไม่เพียงพอ หรือ ใช้ร่วมกับห้องอื่น	
		0	มี แต่ไม่พร้อมใช้ หรือไม่มี	
OR - ส8 ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนสำหรับแต่ละห้อง	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน และสอบถามจากผู้ปฏิ บัติงาน โดยพิจารณาว่า ห้องผ่าตัดมีระบบหมุนเวียนอากาศแบบระบบปิดของแต่ละห้อง ไม่ปนเปื้อนห้องอื่น เพื่อป้องการและควบคุมการติดเชื้อ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีการดำเนินการแต่ไม่ครบถ้วน	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
OR - ส9 มีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน บันทึกการบำรุงรักษา	2	มีและพร้อมใช้ตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	และบันทึกการทดสอบระบบ โดยพิจารณาว่า **มีการติดตั้งระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน** สำหรับแผนกหรืออาคารผ่าตัด **ที่พร้อมใช้งานได้ภายใน 10 วินาที** หากเกิดกระแสไฟฟ้าขัดข้อง	1	มี แต่ไม่พร้อมใช้	
		0	ไม่มีระบบสำรองไฟฟ้าฉุกเฉิน	
OR - การจัดบุคลากร				
OR - ค1 มีศัลยแพทย์ที่มีวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญจากแพทยสภา ปฏิบัติงานเต็มเวลาอย่างน้อย 1 คน	• เป็นการซักถาม และดูจากเอกสาร ตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีศัลยแพทย์ทั่วไปประจำปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง • **พิจารณาเฉพาะ รพ.ที่มีขนาด ๑๐๐ เตียง ขึ้นไป** แต่หาก รพ.ขนาดต่ำกว่า 100 เตียงมีการเปิดบริการห้องผ่าตัดจะต้องพิจารณาด้วย	2	มีศัลยแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน	
		1	มีศัลยแพทย์ Parttime ปฏิบัติงานหมุนเวียน	
		0	ไม่มีศัลยแพทย์ประจำ	
		8	ไม่ตรวจ หรือ ไม่ได้จัดบริการ	
OR - ค2 สำหรับการผ่าตัดทั่วไป มีวิสัญญีแพทย์ 1 ต่อ 2 ห้องผ่าตัด และวิสัญญีพยาบาล 2 คนต่อ 1 ห้องผ่าตัดขณะปฏิบัติงาน	• เป็นการซักถาม และดูจากเอกสาร ตารางการจัดเวร ตารางการผ่าตัด และจำนวนบุคลากร เพื่อดูว่ามีวิสัญญีแพทย์ประจำปฏิบัติงานเต็มเวลา อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง **พิจารณาเฉพาะ รพ.ที่มีขนาด ๑๐๐ เตียง ขึ้นไป** แต่หากรพ. ขนาดต่ำกว่า 100 เตียงมีการเปิดบริการห้องผ่าตัดจะต้องพิจารณาด้วย	2	เข้าเกณฑ์ทั้ง ๒ สาขาวิชาชีพ	
		1	เข้าเกณฑ์วิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง	
		0	ไม่เข้าเกณฑ์ทั้ง ๒ วิชาชีพ	
		8	ไม่ตรวจ หรือ ไม่ได้จัดบริการ	
OR - ค3 การจัดทีมพยาบาล	• เป็นการซักถาม และดูจากเอกสารการมอบหมายงาน และตารางการ จัดวร เพื่อพิจารณา	2	มีครบทั้ง 3 ข้อ	
		1	ต้องมีข้อ 3.1 และมีข้อ 3.2 และ 3.3 แต่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	1. นอกเวลาทำการปกติ มีทีมงานอย่างน้อย 1 ทีมพร้อมปฏิบัติงาน (Must be) 2. การจัดทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัด 1 ทีมต่อ 1 ห้องผ่าตัด 3. ทีมงานในห้องผ่าตัดแต่ละห้องประกอบด้วยบุคลากรทางการพยาบาล อย่าง น้อย 3 คน และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม พิจารณาเฉพาะ รพ.ที่มีขนาด ๑๐๐ เตียง ขึ้นไป แต่หากรพ.ขนาดต่ำกว่า 100 เตียงมีการเปิดบริการห้องผ่าตัดจะต้องพิจารณาด้วย	0	ไม่มีข้อ 3.1	
		8	ไม่ตรวจ หรือ ไม่ได้จัดบริการ	
OR - อุปกรณ์เครื่องมือ				
OR - อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย 1.1. เตียงผ่าตัดชนิดปรับระดับได้และโคมไฟผ่าตัดปรับระดับได้ประจำทุกห้อง 1.2. มีชุดผ่าตัดพื้นฐานที่ได้มาตรฐานและเพียงพอสำหรับการบริการที่จำเป็น ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน และมีชุด major operating set สำรองที่ปราศจากเชื้อพร้อมใช้งานได้ทันทีอย่างน้อย 1 ชุด (รพ.ขนาดต่ำกว่า 100 เตียงพิจารณาตามความจำเป็น)	2	มีอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในห้องผ่าตัด และมีจำนวนเพียงพอ	
		1	มีบางรายการใช้ร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
	1.3. มีเครื่องตัด/จี้ห้ามเลือดประจำทุกห้อง 1.4. มีเครื่อง suction หรืออุปกรณ์ suction สำหรับต่อจากระบบ pipeline ประจำทุกห้องผ่าตัด 1.5. มี Pipeline System หรือมีการจัดการระบบแก๊สทางการแพทย์ที่ปลอดภัย 1.6. มีเครื่องดมยาสลบมาตรฐานไม่ต่ำกว่า 1 เครื่องต่อ 1 ห้องผ่าตัด 1.7. มีถังออกซิเจนสำรองพร้อมใช้งานพร้อมเครื่องตรวจวัดเฝ้าระวังระดับออกซิเจน 1.8. เครื่องกระตุกหัวใจ และ เครื่องเฝ้าระวังสัญญาณชีพ อย่างน้อย 1 เครื่องประจำอยู่ในห้องผ่าตัด 1.9. มีรถเข็นพร้อมอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้น คืนชีพ (emergency cart) พร้อมใช้งานทุกห้องผ่าตัด			

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 6 บริการทันตกรรม (Dent)				
Dent - สถานที่ห้องบริการทันตกรรม				
Dent - ส1 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสม	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงานในแผนกทันตฯโดยพิจารณาดังนี้ 1. มีพื้นที่ให้บริการทันตกรรม(ที่ตั้งยูนิตทันตกรรม)ในแผนกฯไม่น้อยกว่า 9 ตารางเมตรต่อ 1 ยูนิตทันตกรรม 2. ในแผนกฯมียูนิตทันตกรรมมากกว่า 1 ยูนิต มีการแยกพื้นที่ยูนิตทันตกรรมแต่ละยูนิตเป็นสัดส่วนชัดเจน(เช่นกั้นห้องหรือมีฉากกั้นห้องในแต่ละยูนิต) 3. มีการจัดองค์ประกอบในแผนกฯเป็น 6 ส่วนคือ 3.1. ห้องตรวจ(หมายถึงห้อง Screen ผู้ป่วย)อนุโลมให้มีห้องตรวจคนไข้ในช่วงเวลาที่มีคนไข้มากและใช้ห้องดังกล่าวเป็นห้องให้การรักษาในช่วงที่คนไข้ลดลง) 3.2. ห้องให้การรักษา 3.3. ห้องเอ็กซเรย์ (กรณีเครื่อง X-ray อยู่รวมกับแผนกรังสีของโรงพยาบาลให้ถือว่ามีการจัดห้องเอ็กซเรย์เป็นสัดส่วนแล้ว) 3.4. ห้องทำความสะอาดเครื่องมือ 3.5. ห้องปฏิบัติการฟันเทียม,เครื่องมือจัดฟันและเก็บวัสดุทันตกรรม 3.6. ห้องพักเจ้าหน้าที่ในแผนกฯ	2	เป็นไปตามแนวทางฯ ทั้ง 3 ข้อ	
		1	ข้อที่ 1) หรือข้อที่ 2) เป็นไปตามแนวทางฯ และมี ข้อ 3.1) ถึง 3.6) เป็นไปตามแนวทางอย่างน้อย 3 ข้อ	
		0	ข้อที่ 1) หรือข้อที่ 2) ไม่เป็นไปตามแนวทางฯ หรือ มีข้อ 3.1) ถึง 3.6) เป็นไปตามแนวทางน้อยกว่า 3 ข้อ	
Dent - ส2 มีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังแผนกอื่น ๆ ในกรณีฉุกเฉิน เพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการ	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาแผนกทันตกรรมอยู่ในบริเวณที่การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกระทำได้โดยสะดวก โดย เฉพาะเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน พื้นที่ทางเดินควรเรียบเสมอกัน ไม่มีเสากีดกั้น กรณีที่ห้องบริการทันตกรรมอยู่ชั้นบนของอาคารควรมีลิฟต์หรือทางลาดเพื่อขึ้นไปประตูเข้าออกห้องตรวจรักษาโรคควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 80 เซนติเมตร สามารถเคลื่อนย้ายรถเข็นสำหรับผู้พิการและเปลเข็นย้ายผู้ป่วย (Strecher) ขนาดมาตรฐานผ่านได้สะดวก	2	สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับ บริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
Dent - ส3 มีบริเวณสำหรับให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอ ขนาดพอเหมาะ ไม่แออัด	• **เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูสถิติจำนวนผู้รับบริการ โดยพิจารณาว่ามีบริเวณสำหรับให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอ มีพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีเก้าอี้นั่งรอจำนวนเพียงพอ ไม่แออัด**	2	มีพื้นที่และเก้าอี้นั่งสำหรับผู้รับบริการทันตกรรมอย่างเพียงพอ	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Dent - บุคลากร				
Dent - ค1 ความเพียงพอของทันตแพทย์ ทันตาภิบาล/ผู้ช่วยทันตแพทย์	• ให้พิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ 1) มีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำไม่น้อยกว่า 1 คน 2) มีการจัดบริการตรวจและให้บริการผู้ป่วยกรณีทันตกรรมเร่งด่วน 3) ไม่มีผู้ป่วยที่มาแล้วไม่ได้รับการตรวจ (โดยสอบถามจาก OPD หรือ ผู้ที่รอรับบริการ(อนุโลมให้แผนกมีการกำหนดเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจเพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการได้)) 4) มีการนัดผู้ป่วยมารักษา ไม่เกิน 30 วันนับจากวันตรวจ โดยตรวจดูสมุดนัดผู้ป่วยเพื่อมาทำการรักษาต่อตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในกรณี อุดฟัน/ขูดหินน้ำลาย/ใส่ฟัน/ผ่าฟันคุด/รักษารากฟันน้ำนม 5) มีสัดส่วนทันตแพทย์ : ผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็น 1:1 (อนุโลมให้ใช้บุคลากรที่ไม่ได้มีวุฒิผู้ช่วยทันตแพทย์แต่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ผู้ช่วยทันตแพทย์ได้)	2	เป็นไปตามแนวทางฯ ทั้ง 5 ข้อ	
		1	ข้อ1), 2), 3) เป็นไปตามเกณฑ์ แต่ ข้อ4) หรือ ข้อ5) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
		0	ข้อ 1) หรือข้อ2) หรือข้อ3) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (หมายถึงไม่มีทันตแพทย์ หรือ ไม่มีการจัดบริการตรวจและให้บริการผู้ป่วยกรณีทันตกรรมเร่งด่วน หรือ มีผู้ป่วยที่มาแล้วไม่ได้รับการตรวจบ่อยครั้ง (ทั้งๆที่ผู้ป่วยมาในเวลาที่แผนกกำหนด)	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
Dent - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
Dent - อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ	• **สังเกต**จากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจบัญชีรายการเครื่องมือ ประวัติการซ่อมบำรุงหรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือ/อุปกรณ์/ครุภัณฑ์ทันตกรรมตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย 3.1. ยูนิตทำฟัน (Dental master unit) ที่มีระบบแสงสว่าง ระบบกรอฟันและระบบดูดน้ำลายได้มาตรฐานตามที่กระทรวงกำหนด 3.2. ชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการ ทำให้ปราศ จากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อนในระหว่างการให้บริการ 3.3. เครื่องขูดหินปูนไฟฟ้า (Electric scaler) 3.4. เครื่องฉายแสงสำหรับวัสดุอุดฟัน (Light cured unit) 3.5. เครื่องปั่นผสมอมัลกัม (Amalgamator) 3.6. มี Dental mobile cabinet / ตู้เก็บวัสดุอุปกรณ์เป็นสัดส่วน สะอาด 3.7. เครื่องเอ็กซเรย์ฟัน (Dental X-ray) ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ 3.8. เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ (autoclave) อนุโลมใช้ร่วมกับหน่วยจ่ายกลาง 3.9. มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลที่พร้อมใช้งานสำหรับ ผู้ให้บริการ (เช่นFace shield mask,ถุงมือ,แม๊สปิดปาก)	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในแผนกบริการทันตกรรมและมีจำนวนเพียงพอ	
		1	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในแผนกบริการทันตกรรม ไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 7 -บริการเภสัชกรรม (Phar)				
Phar – สถานที่				
Phar - ส1 สถานที่จ่ายยามีพื้นที่เพียงพอและจัดส่วนทำงานอย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน □	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่จ่ายยาเป็นห้องที่มีพื้นที่ในการจัดจ่ายยา กว้างขวางเพียงพอ เหมาะสมต่อการให้บริการ โดยมีป้ายแสดงความปลอดภัยในการใช้ยา ได้แก่ ป้ายแจ้งประวัติการแพ้ยา ป้ายแนะนำการใช้บริการ และป้ายให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา โดยมีพื้นที่สะอาด โปร่ง ไม่อับทึบ และสะดวกต่อการที่จะส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ และมีพื้นที่จัดเก็บยาอย่างเหมาะสม แยกจากกัน โดยจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระบบระเบียบ	2	ห้องจ่ายยามีพื้นที่เพียงพอและมีการจัดส่วนพื้นที่เหมาะสมและมีป้ายครบ	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้ ห้องจ่ายยามี พท.เพียงพอ แต่ไม่มีป้ายหรือมีป้ายไม่ครบ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Phar - ส2 มีสถานที่สำหรับผู้รับบริการนั่งรอรับยาขนาดพอเหมาะ ไม่แออัด	● **เป็น**การตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการดูสถิติจำนวนผู้รับบริการ โดยพิจารณาว่ามีบริเวณรอรับยาที่มีพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน พร้อมทั้งมีเก้าอี้นั่งรอ ไม่แออัด อาจพิจารณาอัตราผู้ยืนรอรับยาต่อผู้รับยาทั้งหมด ณ เวลาเข้าตรวจประเมิน	2	สถานที่แยกเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Phar - ส3 มีบริเวณให้คำปรึกษาด้านยาที่เป็นสัดส่วน สอดคล้องกับสิทธิของผู้ป่วย □	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ในการให้คำปรึกษาเรื่องยาหรือให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วย ที่เป็นสัดส่วนและเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย และมีการติดป้ายชื่อผู้ให้บริการไว้อย่างชัดเจน	2	มีการจัดสถานที่ให้คำปรึกษาด้านยาแยกเป็นสัดส่วน~~ชัดเจน~~เฉพาะและปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	
		1	มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนหรือใช้สถานที่ร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
Phar - ส4 มีสถานที่เก็บสำรองยาเป็นสัดส่วน มีพื้นที่ขนาดเหมาะสมในการจัดเก็บ□	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่าสถานที่เก็บสำรองยา (คลังยา) มีพื้นที่เพียงพอที่จะสามารถแยกเก็บยาได้เป็นสัดส่วน สะอาด โปร่ง ไม่อับทึบ มีความปลอดภัยมีการจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระเบียบถูกต้องตามหลักวิชาการ และแยกเก็บยาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มีคำสั่งผู้รับผิดชอบชัดเจนและมีการแยกเก็บกุญแจ	2	คลังยามีขนาดเหมาะสม และมีการจัดเก็บเรียงยาที่เป็นระเบียบถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยมีพท.เพียงพอ มีระบบการเก็บยาเป็นสัดส่วน เหมาะสม	
		1	.มีพท.ไม่เพียง พอ แต่มีการแยกเก็บยาเป็นสัดส่วนเหมาะสม	
		0	มีพท.ไม่เพียง พอ การแยกเก็บยาไม่เป็นสัดส่วน ไม่เหมาะสม	
Phar - ส5 มีการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา□	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาว่าสถานที่เก็บสำรองยา (คลังยา) 1) มีการควบคุมกำกับอุณหภูมิ ความชื้นในการเก็บรักษายาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสม เพื่อรักษาคุณภาพยา 2) มีการบันทึกติดตามที่เป็นปัจจุบัน	2	มีครบทั้งสองส่วน	
		1	มีอุปกรณ์ในการควบคุมกำกับ แต่ไม่มีการบันทึกติดตาม	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่มีทั้ง 2 ส่วน	
Phar – บุคลากร				
Phar - ค1 เภสัชกร ปฏิบัติงานตลอดเวลาที่เปิดทำการอย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง	● เป็นการตรวจดูจำนวน เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานประจำ โดยคิดจากสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง	2	มีเภสัชกรเพียงพอ เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำต่ำกว่าเกณฑ์ และมีพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของเภสัชกร ทดแทน	
		0	ไม่มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำ หรืออัตราโดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์ และไม่มีพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของเภสัชกร ทดแทน	
Phar - ค2 จัดบุคลากร ขึ้น	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดู	2	มีบุคลากรทางเภสัชกรรม ปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชม.	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	สมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีบุคลากรให้บริการทางเภสัชกรรม ปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ตลอด 24 ชั่วโมง	1	ไม่มีบุคลากรทางเภสัชกรรม ปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชม. แต่มีระบบการให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา	
		0	ไม่มีการจัดบริการหรือระบบให้คำปรึกษา	
Phar - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
Phar - อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ □	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ หรือครุภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน 1.1. ตู้เย็นสำหรับเก็บยา หรือเวชภัณฑ์อื่น หรือตู้ที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ พร้อมเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิ 1.2. ในกรณีที่มียาเสพติดให้โทษให้มีตู้เก็บยาเสพติดให้โทษที่มีกุญแจปิดและเปิด 1.3. อุปกรณ์การนับเม็ดยา หรือถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ชุด 1.4. ตู้หรือชั้นเก็บยาและเวชภัณฑ์อื่น มั่นคงปลอดภัย จัดเป็นระเบียบ ค้นหาง่าย 1.5. อุปกรณ์ในการเตรียม ผสม และแบ่งบรรจุยาเพียงพอ และเหมาะ สมต่อการรักษาคุณภาพยา	2	มีอุปกรณ์ หรือครุภัณฑ์ ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนดประจำอยู่ใน แผนกบริการเภสัชกรรม	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
Phar – ระบบงานเภสัชกรรม				
Phar -ร1 การคัดเลือก จัดซื้อ/จัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่าย และกระจาย เภสัชภัณฑ์ถูกต้องตามหลักการ และมีการกำหนดเป็นระเบียบหรือคู่มือปฏิบัติไว้ □	● **เป็น**ตรวจดูเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ คือ ระเบียบปฏิบัติภายในคู่มือการทำงาน รายการ บัญชียาโรงพยาบาล รายงานการสำรองยา การควบคุม เบิกจ่ายยา การตรวจสอบและ ควบคุมยาหมดอายุ รายงานการควบคุม เก็บรักษา จ่าย ยาเสพติด และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ร่วมกับการซักถาม เพื่อแสดงว่าหน่วยบริการนั้นมีการคัดเลือก จัดซื้อ จัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่าย และกระจาย เภสัชภัณฑ์ ตามหลักการ	2	มีวิธีปฏิบัติของหน่วยบริการตามที่กำหนด ในแผนกบริการเภสัชกรรมครบถ้วนสมบูรณ์	
		1	มีบางส่วนแต่ไม่สมบูรณ์ตามเกณฑ์	
		0	ไม่ได้ดำเนินการ หรือ ดำเนินการส่วนใหญ่ไม่เหมาะสม	
Phar -ร2 การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก การติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา □	● เป็นตรวจดูเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ การรายงาน/สถิติผลการให้บริการทางเภสัชกรรมด้านต่างๆ ได้แก่ - งานบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก/ใน โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้ อัตราการจ่ายยาผิดทั้งผู้ป่วยนอก/ใน ความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอก/ใน ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอก - งานบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก การให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา - งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกเวลาราชการ - บริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยใน - งานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ - งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา	2	มีผลการปฏิบัติงานให้บริการเภสัชกรรม ของหน่วยบริการครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่กำหนด	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการบางเรื่องหรือส่วนใหญ่ไม่มีผลการดำเนินงาน	
Phar -ร3 การให้บริการข้อมูลทางยาและการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย และ	● เป็นตรวจดูเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ การบันทึก/รายงาน/สถิติผลการให้บริการทาง - บริการตอบปัญหาด้านยาแก่ผู้ป่วย	2	มีผลการปฏิบัติงานให้บริการทางเภสัชสนเทศของหน่วยบริการครบถ้วนสมบูรณ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
บุคลากรทางการแพทย์ □	ประชาชน บุคลากรการแพทย์ - เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านยาแก่ผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์	1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการบางเรื่องหรือส่วนใหญ่ไม่มีผลการดำเนินงาน	
Phar -ร4 การติดตามและประเมินผลการใช้ยา (Drug Use Review & Drug Use Evaluation) □	● **เป็น**ตรวจดูเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ การบันทึก/รายงาน/สถิติ การติดตามและประเมินผลการใช้ยา (Drug Use Review & Drug Use Evaluation) อาจวัดเชิงมูลค่าเงินและการใช้ยา anti-biotic ว่าเหมาะสมไหม	2	มีผลการปฏิบัติงานการติดตามและประเมินผลการใช้ยา ตามที่กำหนด	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการบางเรื่องหรือส่วนใหญ่ไม่มีผลการดำเนินงาน	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 8 บริการเทคนิคการแพทย์ (Lab)				
Lab - สถานที่				
Lab - ส1 สถานที่มีความเหมาะสมสะดวกในการมาใช้บริการ	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้ง มีลักษณะสะดวกต่อการเข้าถึง ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆเป็นสัดส่วน อยู่ในจุดที่เชื่อมโยงกับ แผนกอื่นๆได้สะดวกและมีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน	2	สถานที่แยกเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทันเวลา	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Lab - ส2 การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่างๆเหมาะสมตามขนาดและหน้าที่ความรับผิดชอบ □	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ส่วนต่าง ๆ ในห้องปฏิบัติการ ว่ามีการจัดพื้นที่สำหรับ 1. การเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วย (สถานที่เจาะเลือด ห้องสุขา) และพื้นที่พักรอสำหรับผู้ส่งสิ่งส่งตรวจอยู่ภายนอกห้องปฏิบัติการ 2. พื้นที่การปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ประเภทต่างๆ 3. พื้นที่การปฏิบัติการเฉพาะ แยกจากการตรวจประเภทอื่น เช่น ห้องธนาคารเลือด ห้องจุลชีววิทยาคลินิก 4. พื้นที่เก็บวัสดุอุปกรณ์และสารเคมี 5. พื้นที่ทำงานด้านเอกสาร 6. พื้นที่สำหรับทำความสะอาดอุปกรณ์ และ 7. พื้นที่พักสำหรับเจ้าหน้าที่	2	มีการจัดส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์ครบถ้วนแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน เพียงพอกับการให้บริการ	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้าง แต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับรุนแรงมีผลต่อบริการและไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาอันสั้น	
Lab - ส3 มีอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องปฏิบัติ การ	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณามีอ่างล้างมือที่เปิดและปิดชนิดไม่ใช้มือหมุนในส่วนห้องปฏิบัติการ	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Lab - ส4 มีความสะอาดเป็น	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาความสะอาดทั่วทั้ง	2	เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ระเบียบเรียบร้อย การระบายอากาศดี และมีอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม	ห้องรวมทั้งพื้นห้อง การจัดวางเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆเป็นเรียงเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศภายในห้องโดยมีช่องระบายอากาศหรือพัดลมดูดอากาศเพื่อระบายกลิ่น ควัน ไอที่เกิดขึ้น มีแสงสว่างเพียงพอ	1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการ ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Lab - ส5 มีการเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อแยกจากมูลฝอยทั่วไป	• **เป็น**การตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดการขยะติดเชื้อและขยะอันตรายจากขยะทั่วไปภายในห้องปฏิบัติการ ว่ามีภาชนะจัดเก็บขยะติดเชื้อที่มีลักษณะเหมาะสม และมีการขนย้ายไปกำจัดทุกวัน	2	แยกครบ มีการแยกขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย ออกจากขยะทั่วไป	
		1	แยกไม่ครบ	
		0	ไม่แยกอะไรเลย	
Lab - บุคลากร				
Lab - ค1 นักเทคนิคการแพทย์อย่างน้อย 1 คน และไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง □	• เป็นการตรวจดูจำนวนนักเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานประจำ โดยคิดจากสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ 60 เตียง	2	มีนักเทคนิคการแพทย์อย่างน้อย 1 คน	
		1	มีไม่ครบเกณฑ์ หรือ มีเทคนิคการแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำไม่เพียงพอ แต่มีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ทดแทน	
		0	ไม่มีเทคนิคการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานประจำ หรือ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
Lab - ค.2 จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	• **เป็น**การตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีบุคลากร ตามประเภทการให้บริการทางพยาธิวิทยา ปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ ตลอด 24 ชั่วโมง	2	มีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ ตลอด 24 ชม.	
		1	มีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ ตลอด 24 ชม. คือมีบุคลากรปฏิบัติงานเวลาปกติ แต่นอกเวลาปกติใช้วิธีการเรียก ตามตัว	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ มีบุคลากรให้บริการไม่ครบ 24 ชม	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
Lab - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
Lab - อ1 อุปกรณ์ เครื่องมือ □	● **เป็น**การสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ และบันทึกการซ่อมบำรุง หรือการตรวจสภาพการใช้งาน เพื่อดูว่ามีอุปกรณ์ เครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้ 1. กล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายถึง 1,000 เท่า 2. เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจนับจำนวนเซลล์ เช่นเครื่องนับเซลล์อัตโนมัติเครื่องนับเม็ดเลือด 3. ครื่องวิเคราะห์ความเข้มข้นของสารที่มิใช่เครื่องที่ใช้ในบ้าน หรือข้างเตียงผู้ป่วย เครื่องวิเคราะห์ความเข้มข้นของสารที่มิใช่เครื่องที่ใช้ในบ้านหรือข้างเตียงผู้ป่วย คือ spectrophotometer / chemistry analyzer ,blood gas analyzer และ electrolyte analyzer 4. เครื่องมือควบคุมอุณหภูมิในการตรวจวิเคราะห์ (incubator) 5. มีเครื่องปั่นตกตะกอน (Centrifuge) 6. ตู้เย็นสำหรับเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจและน้ำยาสำหรับการตรวจวิเคราะห์ 7. มีตู้เย็นเก็บเลือด สำหรับงานทางธนาคารเลือด 8. มี เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อโรคด้วยความดันไอน้ำ (autoclave) กรณีมีการเพาะเชื้อ 9. มีตู้ปฏิบัติการปลอดเชื้อระดับ 2 หรือตู้สำหรับ เตรียมตัวอย่าง	2	มีครบตามรายการที่กำหนด ประจำอยู่ใน แผนกบริการชันสูตร และพร้อมใช้งาน	
		1	มีครบ แต่บางส่วนไม่สมบูรณ์ในการใช้งาน	
		0	มีเครื่องมือไม่ครบตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 9 บริการรังสีวินิจฉัย (X-rays)				
X-rays - สถานที่				
X-rays - ส1 ห้องตรวจทางรังสีวิทยา อาคารหรือส่วนของอาคารที่ให้บริการแยกเฉพาะจากส่วนบริการอื่นที่มีผู้รับบริการหนาแน่น ติดต่อกับแผนกบริการอื่นได้สะดวก	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาสถานที่ตั้งไม่มีลักษณะสะดวกต่อการเข้าถึง ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นๆเป็นสัดส่วน อยู่ในจุดที่เชื่อมโยงกับ แผนกอื่นๆได้สะดวกและมีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน	2	สถานที่แยกเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นได้สะดวก รวดเร็ว	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
X-rays - ส2 การจัดแบ่งสัดส่วนพื้นที่ ใช้งาน เป็นสัดส่วนชัดเจนเพียงพอ	● ตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน พิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ส่วนต่างภายในแผนกรังสีวิทยา ว่ามีการจัดพื้นที่สำหรับ เก็บฟิล์มเพียงพอสะดวกต่อการค้นและเก็บฟิล์ม มีการระบาย อากาศดี มีห้องเปลี่ยน เสื้อผ้าที่มิดชิดเพียงพอ ปลอดภัย และมีป้ายคำเตือนผู้ป่วยที่มีครรภ์ รวมทั้งมีพื้นที่สำหรับรอรับบริการอย่างเพียงพอ	2	มีการจัดส่วนต่างๆ ตามเกณฑ์และเพียงพอเทียบกับสถิติการบริการในแต่ละวัน	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
X-rays - ส3 ห้องตรวจทางรังสีวิทยามีขนาดเหมาะสม สะดวกต่อการให้บริการ	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน เพื่อดูว่ามีขนาดพื้นที่เหมาะสมเพียงพอ ต่อการให้บริการตามความสามารถของหน่วยบริการนั้น และมีระบบรองรับกรณีมีเหตุฉุกเฉิน ซึ่งจะทำให้ต้องมีห้องตรวจประเภทต่างๆ เช่น ห้องตรวจเอกซเรย์ทั่วไป ห้องตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ห้องตรวจด้วยเครื่องส่องตรวจทางรังสี การตรวจทางรังสีโดยใช้สารทึบแสง และห้องตรวจทางรังสีวิทยาแต่ละห้องต้องมีขนาดเหมาะสม	2	ห้องตรวจทางรังสีวิทยา มีขนาดพื้นที่เหมาะสม	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
X-rays - ส4 ห้องบริการทางรังสีวิทยา ต้องสามารถป้องกันอันตรายจาก รังสีได้และมีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสี □	● **เป็น**การสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน และตรวจดูเอกสารการตรวจสอบและผ่านการรับรองตามมาตรฐานห้องรังสีวินิจฉัย จากสำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ	2	มีใบรับรองจากสำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติครบทุกเครื่อง	
		1	มีการดำเนินการ แต่บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วน	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
X-rays - ส5 มีป้ายเตือนผู้รับบริการถึงอันตรายของรังสี	● เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ตรวจดูว่ามีการระมัดระวังและป้องกันไม่ให้ผู้มารับบริการได้รับรังสีเกิน โดยมีการติดป้ายคำเตือน สัญลักษณ์เตือนภัยทางรังสี ที่จุดทางเข้าและพื้นที่ควบคุม และสัญญาณไฟบ่งชี้บริเวณที่มีรังสี ในขณะกำลังใช้งานเครื่องกำเนิดรังสี 1.5.1 มีป้ายคำเตือนผู้ป่วยที่มีครรภ์ให้แจ้งแก่เจ้าหน้าที่ 1.5.2 มีป้ายสัญลักษณ์แสดงเขตรังสีและไฟสัญญาณแสดงขณะใช้งานเครื่องกำเนิดรังสี	2	มีสัญญาณไฟแสดงสถานะและป้ายเตือน ครบตามรายการที่กำหนด อยู่บริเวณห้องเอกซเรย์	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่มีการดำเนินการ	
X-rays - บุคลากร				
X-rays - ค1 มีบุคลากรด้านรังสีเทคนิคตามเกณฑ์ □	● ตรวจดูว่ามีจำนวนบุคลากรด้านรังสีวิทยา (รังสีแพทย์/เจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/นักรังสีเทคนิค) เพียงพอ โดยทุกแห่งต้องมีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคอย่างน้อย 1 คน และ รพ. ขนาด 100เตียงขึ้นไป ต้องมีนักรังสีเทคนิคอย่างน้อย 1 คน	2	มีบุคลากรทางด้านรังสีวิทยา ตามเกณฑ์	
		1	มีบุคลากรทางด้านรังสีวิทยาต่ำกว่าเกณฑ์	
		0	ไม่มีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค หรือนักรังสี เทคนิค	
X-rays - ค2 จัดบุคลากร ขึ้นปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะของเวรผลัดได้ตลอด 24 ชั่วโมง	● เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถาม และดูสมุดจากตารางการจัดเวร เพื่อดูว่ามีบุคลากร ตามประเภทการให้บริการทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานประจำ ในลักษณะเวรผลัด หรือสามารถเรียกได้ ตลอด 24 ชั่วโมง	2	มีบุคลากรทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานประจำตลอด 24 ชม.	
		1	มีบุคลากรทางรังสีวิทยาปฏิบัติงานตลอด 24 ชม. โดยนอกเวลาปกติใช้วิธีการเรียกตามตัว	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
X-rays - อปกรณ์ เครื่องมือ				
X-rays - อ1 เครื่องเอ็กซ์เรย์และเครื่องล้างฟิล์มที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อดูว่ามีเครื่องเอกซเรย์ขนาด ไม่ต่ำกว่า 300 ma ซึ่งมีเครื่องกำเนิด /ผลิตรังสีได้รับการตรวจและรับรองตามมาตรฐานสำนักงานพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ 1ครั้ง/ปี และตรวจดูบันทึกการซ่อมบำรุง หรือการตรวจสภาพการใช้งาน	2	มีอุปกรณ์ เครื่องมือที่ได้มาตรฐานที่พร้อมใช้งานประจำใน แผนกบริการรังสีวิทยา	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
X-rays - อ2 อุปกรณ์วัด และป้องกันอันตรายจากรังสี□	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อดูว่า มีเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี ส่วนบุคคล เช่น ฉากกำบังรังสี อุปกรณ์วัดระดับปริมาณรังสีประจำบุคคลและมีรายงานผลอย่างต่อเนื่อง เสื้อตะกั่ว ถุงมือ แว่นตา โดยมีจำนวนเพียงพอตามความจำเป็นในการให้บริการ	2	มีอุปกรณ์วัด และป้องกันอันตรายจากรังสี ที่พร้อมใช้งาน ตามรายการที่กำหนดประจำอยู่ใน แผนกบริการรังสีวิทยา	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
X-rays - อ3 ชุดอุปกรณ์ยา และเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ อย่างน้อยหนึ่งชุด	• เป็นการสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม และตรวจดูบัญชีรายการอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพระดับ Basic Life Support และมีรายงานการซ้อม Basic Life Support	2	ต้องมีรายการตามที่กำหนดประจำอยู่ใน แผนกบริการรังสีวิทยา	
		1	บางส่วนไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
แผนก 10 บริการหอผู้ป่วยหนัก /เวชบำบัดวิกฤต (ICU - สำหรับโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป) หลักการพิจารณา จำนวนเตียงให้ใช้ตามกรอบจำนวนเตียงของ รพ. ในกรณีนี้ไม่รวม CCU หรือ NICU สำหรับ รพ.ที่ต่ำกว่า 100 เตียง และมีบริการหอผู้ป่วยหนัก ต้องตรวจและนำคะแนนมาพิจารณาด้วย				
ICU – สถานที่				
ICU - ส1 ที่ตั้งแยกจากหน่วยงานอื่นเป็นสัดส่วน มีความสะดวก ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างหอผู้ป่วยหนักกับห้องผ่าตัด ห้องฉุกเฉิน หน่วยรังสี	• พิจารณาว่า สถานที่ปฏิบัติงานแยกเป็นสัดส่วน มีเส้นทางเชื่อมต่อ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นได้สะดวกรวดเร็ว	2	ที่ตั้งเป็นสัดส่วน และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหน่วยอื่นๆได้อย่างสะดวก รวดเร็วทันเวลา	
		1	สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมนั้นยังเป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU - ส2 จำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนักมีไม่เกิน 12 เตียง ต่อหอผู้ป่วยหนัก	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก ต้องไม่แออัด ไม่เกิน 12 เตียง ในแต่ละหอผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงขนาดของห้องประกอบด้วย	2	เป็นไปตามเกณฑ์	
		1	มีส่วนขาดทำให้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อผู้รับบริการบ้างแต่ในระดับที่ไม่รุนแรงพออนุโลมได้ถ้าสามารถแก้ไขได้	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU - ส3 ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2 เมตร	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาดูสภาพภายในหอผู้ป่วยหนัก ว่ามีการจัดเตียงผู้ป่วยเหมาะสมหรือไม่ มีการจัดระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วยแต่ละเตียง โดยพิจารณาประกอบกับจำนวนเตียงในข้อ ICU-ส2 และขนาดของห้องประกอบด้วย ซึ่งในหน่วยบริการแต่ละแห่งจะมีพื้นที่แตกต่างกันได้	2	ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2 เมตร	
		1	ระยะห่างระหว่างเตียง 1.5 – 1.9 เมตร	
		0	ระยะห่างระหว่างเตียงน้อยกว่า 1.5 เมตร	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ICU - ส4 มีการแบ่งพื้นที่เพียงพอและเป็นสัดส่วน	• เป็นการตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน โดยพิจารณาการจัดแบ่งพื้นที่ภายในหอผู้ป่วยหนักเป็นสัดส่วนแยกเขตสะอาด เขตสกปรก เขตควบคุม หรือห้องแยก โดยมีแนวทางปฏิบัติในการใช้พื้นที่ดังกล่าว เพื่อป้องกันการติดเชื้อการปนเปื้อนจากภายนอก	2	การจัดสัดส่วนครบถ้วนตามเกณฑ์ และ มีการปฏิบัติในการใช้สอยพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		1	บางพื้นที่ยังมีปัญหาป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU - การจัดบุคลากร				
ICU - ค1 มีแพทย์เวรพร้อมให้บริการประจำหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชั่วโมง	• **เป็น**การตรวจดูจากสถานที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการซักถามและตรวจดูจากบันทึกการจัดตารางเวร เพื่อดูว่ามีแพทย์ทำหน้าที่แพทย์เวรประจำอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ตลอดเวลา หรือสามารถตามเรียกตัวได้เมื่อมีผู้ป่วย หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	2	มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ ทุกเวรอย่างน้อย 1 คน ตลอด 24 ชม.	
		1	ตามแพทย์เมื่อมีผู้ป่วย หรือใช้แพทย์เวรร่วมกับแผนกอื่น	
		0	ไม่เป็นไปตามเกณฑ์	
ICU - ค2 มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ	• พิจารณาจากจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก ทั้ง FullTime และ Parttime	2	มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 75 % ขึ้นไป	
		1	มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก 50 – 74 %	
		0	มีพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก น้อยกว่า 50 %	

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการรับส่งต่อ	แนวทางการพิจารณา	คะแนน	เกณฑ์คะแนน	ข้อสังเกต/เงื่อนไขการปรับปรุง
ICU - อุปกรณ์ เครื่องมือ				
ICU - อ1 เครื่องมือ อุปกรณ์	• **เป็น**การสังเกตจากสถานที่ปฏิบัติงาน ซักถาม หรือตรวจดูบัญชีรายการเครื่องมือการซ่อมบำรุง หรือทดสอบการใช้งาน เพื่อดูว่ามีเครื่องมือแพทย์ ตามรายการที่กำหนดครบและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และมีจำนวนเพียงพอ โดยดูจากสถิติการให้บริการผู้ป่วย 1.1. เครื่องช่วยหายใจ (Respirator)ไม่น้อยกว่า 1 เครื่อง ต่อเตียง ICU 1เตียง 1.2. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) ครอบคลุมผู้ป่วยทุกเตียง 1.3. เครื่องวัดความอิ่มตัวของ Oxygen ในเลือด (Oxygen Sat. Analyzer) 1.4. เครื่องกระตุกหัวใจ (defibrillator) 1.5. Blood gas Analyser (อนุโลมว่าใช้ร่วมกับห้อง Lab ได้) 1.6. Pipeline system ข้างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่าย medical gas (ถังออกซิเจน) 1.7. รถเข็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน (emergency cart) ประจำ 1.7.1 มีอุปกรณ์ต่อไปนี้พร้อมใช้งาน : self inflating bag, laryngoscope, oral airway, endotracheal tubes ขนาดต่างๆ 1.7.2 มียาสำหรับช่วยชีวิตฉุกเฉิน ตาม CPR Guideline ของหน่วยงาน มีการตรวจเช็คยาและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวร 1.8 ชุดเครื่องมือเวชหัตถการฉุกเฉิน	2	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งาน ครบทุกรายการที่กำหนด ประจำอยู่ในหอผู้ป่วย และมีจำนวนเพียงพอ (อนุโลมกรณีใช้ Blood gas Analyser ร่วมกับหน่วยงานอื่น)	
		1	บางรายการใช้ร่วมกับหน่วยอื่น หรือ บางรายการมีจำนวนไม่เพียงพอ แต่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	
		0	มีเครื่องมือแพทย์ที่พร้อมใช้งานไม่ครบทุกรายการที่กำหนด หรือ มีจำนวนรายการครบแต่ไม่เพียงพอ หรือไม่พร้อมใช้งาน หรือไม่สามารถจัดหาได้ทันเวลา	