

**ด่วนที่สุด**  
ที่ อน ๐๐๓๓.๐๑๓/๖ ๕๙๒๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี ๖๑๐๐๐

๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งข้อตกลงเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มเติม จังหวัดอุทัยธานี  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ข้อตกลงเพิ่มเติมเกณฑ์การตรวจประเมิน จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ได้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ โครงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมมหาชน ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่ผ่านมานั้น เพื่อพัฒนาทีมที่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับจังหวัด และเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิฯ มีความรู้ ความเข้าใจในมาตรการควบคุมคุณภาพมาตรฐานฯ นำไปสู่การให้บริการในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และได้มีข้อตกลงตามเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มเติม ในระดับจังหวัด นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จึงขอแจ้งข้อตกลงเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นแนวทางพิจารณาหลักฐาน ในการประเมินคุณภาพมาตรฐานฯ ทั้งนี้ให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ ใน Website <http://gishealth.moph.go.th/pcu> และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ยืนยันผลการประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายทวีป สมัครการไถ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ด้านบริการทางวิชาการ  
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร.๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕ ต่อ ๓๐๔

โทรสาร.๐ ๕๖๕๑ ๑๓๒๗

**ข้อตกลงเพิ่มเติมเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพมาตรฐานระบบบริการปฐมภูมิ จังหวัดอุทัยธานี**  
**หมวดที่ ๑ ด้านระบบบริหารจัดการ** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

๑.๑ มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน ๗ - ๑๐ คน พิจารณาจากหลักฐาน

๑.๑.๑ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ (เป็นปัจจุบัน)

๑.๑.๒ บันทึกรายงานการประชุมไม่น้อยกว่า ๒ ครั้งต่อปี

๑.๒ แผนการพัฒนาหรือแผนปฏิบัติการ ไม่เกิน ๕ ปี และสอดคล้องกับกฎหมายหรือพรบ. ซึ่งมีหลักการพัฒนารวม ๔ ด้าน

๑.๓ เอกสารการเปิดตรงตามแผนฯ, การสนับสนุนจากแม่ข่ายครอบคลุมงาน IT IC LAB เครื่องมือบริการ เกสซ์กรรม RDU/คปส.

๑.๔ มีจำนวนเวลาทำการ ๘ ชม./วัน พิจารณาจาก บ้ายระบุนการบริการ/ ตารางปฏิบัติงาน ทั้งในเวลาทำการ และนอกเวลาทำการ

๑.๕ มีการวิเคราะห์โดยการ RCA ในข้อร้องเรียนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้วย และมีการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามรวมแล้วไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ คน หรือขึ้นอยู่กับจำนวนประชากรใน พท.นั้นด้วย

๑.๖ แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล ควรประกอบไปด้วย การจัดหาบุคลากร การพัฒนาบุคลากร สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการหรือบริบทในพื้นที่

**หมวดที่ ๒ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

๒.๑ มีคำสั่งกำหนดบทบาทหน้าที่ สำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากร บริการ ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน การRefer การตรวจรักษาผ่านระบบ Telemedicine (ตามบริบทของหน่วยบริการนั้นๆ)

๒.๒ ข้อพิจารณาเพิ่มเติมคือ มีรูปภาพตามการจัดบริการในแผนดำเนินงาน เช่น การดูแลในกลุ่มวัยเยี่ยมบ้าน NCD ฯลฯ เป็นต้น

**หมวดที่ ๓ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

ข้อพิจารณาเพิ่มเติมคือ พิจารณาตามมาตรการ ๕ ส. , กรณีขยะติดเชื่อต้องมีหลักฐานการกำจัดเป็นลายลักษณ์อักษร มีแนวปฏิบัติชัดเจนตามบริบท

**หมวดที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

๔.๑ เพิ่มเติมให้มีป้ายหรือประกาศสิทธิของผู้รับบริการ ป้ายแสดงขั้นตอนการให้บริการ,

๔.๒ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลจากเวชระเบียน(จากโปรแกรมฯ หรือจากเอกสารเวชระเบียน) ตามเกณฑ์การAudit เวชระเบียน โดยคัดเลือกเวชระเบียนมาสำหรับตรวจสอบอย่างน้อย ๕ visit และคัดเลือกสอบถามผู้รับบริการ ๕ visit และตอบได้ถูกต้อง ๒ ใน ๕ visit

๔.๓ สังเกตจากบุคลากรติดป้ายชื่อชัดเจน, มีป้ายประจำจุดบริการต่างๆ, การสุ่มสอบถามต้องตอบได้ ๒ ใน ๕ Visit (จากข้อ ๔.๒)

๔.๔ กรณีการใช้โปรแกรมฯ บันทึกข้อมูลต้องมีแนวปฏิบัติหรือระบบรองรับเพื่อทดแทนระบบที่เสียหายหรือไม่สามารถทำงานได้ชั่วคราวด้วย

๔.๕ มีการส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง, และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งออกต้องมีโปรแกรมตรวจสอบก่อนส่งออกด้วย โดยข้อมูลต้องมีความถูกต้องอย่างน้อย ร้อยละ ๙๕

๔.๖ มีแนวปฏิบัติหรือFlow chart ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลทั้งในระบบ Program electronic (user name, Pass word) และในระบบแฟ้มเอกสาร ห้องเก็บแฟ้มเวชระเบียนต้องมีการระบุพื้นที่เฉพาะบุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าได้ กำหนดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องชัดเจนในแนวปฏิบัติ

๔.๗ ตรวจสอบจากทะเบียนส่งต่อ หรือระบบส่งต่อที่เป็น program electronic

๔.๘ ดูจากแนวปฏิบัติ/คำสั่ง/ประกาศ ที่สอดคล้องกับระเบียบข้อกฎหมาย ในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ

๔.๙ มีการ Back up data ลงในอุปกรณ์ภายนอก อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

**หมวดที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

๑. OTOP ขอให้มียุทธศาสตร์ของการได้มาซึ่งปัญหาในพื้นที่ เช่น Flow chart เป็นต้น

๒. การจัดการบริการในสถานบริการ

- a. ในการสอบเทียบเครื่องมือปีละครั้ง แต่หากไม่สามารถดำเนินการได้ทันก่อนการประเมิน ให้พิจารณาที่แผนดำเนินงานการบำรุง รักษา อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ของหน่วยบริการ
- b. CPG ต้อง Up date ทุก ๕ ปี ยกเว้นกรณีที่เป็นแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานของกรมอนามัย หรือของกระทรวง/กรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- c. ANC ตามข้อกำหนดการให้บริการตามขนาดของหน่วยบริการ, มีทะเบียนการให้บริการ, สุ่มสอบถามผู้ให้บริการเกี่ยวกับ จำนวนผู้รับบริการ ANC กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ แนวทางการดูแล/ส่งต่อ เป็นต้น
- d. Well child พิจารณาในเรื่อง บริการวัคซีน ตรวจสอบพัฒนาการ แนวปฏิบัติการส่งต่อกรณีพบผิดปกติ
- e. สุ่มสอบถามผู้ปฏิบัติ : กรณีบริการฉุกเฉิน แนวปฏิบัติการบริหารยาตามข้อกำหนดของเภสัชกรรม, แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินต่างๆที่ต้องมีในหน่วยบริการแต่ละขนาด โดยสอดคล้องกับแนวทางของ รพ.แม่ข่ายหรือ รพท./รพศ.
- f. การให้คำปรึกษา พิจารณาจาก มีมุมให้คำปรึกษา มีการบันทึก เรื่อง/ปัญหาที่ให้คำปรึกษา มีกระบวนการให้คำปรึกษา และผลลัพธ์ที่ได้ ระยะเวลาควรมากกว่า ๕ นาที
- g. ทัศนกรรม, แพทย์แผนไทย, กายภาพบำบัด ตามบริบทของหน่วยบริการที่จำเป็นต้องจัดบริการ

**หมวดที่ ๖ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

เน้นจากการสอบถามจากผู้ปฏิบัติจริง มากกว่าดูจากเอกสาร เพื่อลดภาระการจัดทำเอกสารซึ่งมีจำนวนมาก ยกเว้น คำสั่ง แผนการดูแลรักษาเครื่องมือ Flow chart การตรวจแต่ละประเภท

#### ข้อย่อย

๑.๑ ยึดคำสั่งล่าสุด ไม่จำเป็นต้องเป็นปีปัจจุบัน แต่ต้องมีการระบุชื่อผู้รับผิดชอบชัดเจน ระบุหน้าที่และรายการทดสอบทั้งหมดที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติ

๒.๑ ดูตามความเหมาะสม ใช้พื้นที่ร่วมได้ โดยให้ ICN พิจารณาร่วม

๒.๒ ถ้าไม่มีเครื่องปั่น Hematocrit ไม่ต้องนำมาติดคะแนนรวม

๓.๒.๑ กรณีมีเครื่อง Blood glucose meter หลายเครื่อง ต้องนำมาลงทะเบียนประวัติให้ครบทุกเครื่อง

๓.๒.๒ ต้องมีการ Calibrate เครื่องครบถ้วน \*\* สำหรับเครื่อง blood glucose meter ให้ทางบริษัทดูแล

\* ถ้าไม่มีเครื่องปั่น Hematocrit ให้หักคะแนนเต็มรวมออก ได้แก่ ข้อ ๑๐ (๓.๒.๓) ๔ คะแนน และข้อ ๑๓ (๓.๒.๖) ๔ คะแนน ดังนั้น คะแนนเต็มจะเหลือ ๙๒ คะแนน แล้วจึงนำไปคิดเทียบเป็นคะแนนเต็ม ๔๐ คะแนน

๓.๒.๓ ไม่จำเป็นต้องมีถ่านหรือฟิวส์สำรอง \*\*แต่ต้องมีแผนรองรับกรณีเครื่องขัดข้อง เช่น การขอยืมเครื่อง รพ.สต.ใกล้เคียง หรือส่งตรวจที่ Lab รพ.แม่ข่าย (มี flow chart แสดง)

๓.๒.๖ พิจารณาสอดคล้องตามข้อ ๙ (๓.๒.๒)

๓.๒.๘ ภาชนะต้องเป็นพลาสติก ใช้ครั้งเดียว อาจมีฝาหรือไม่มีก็ได้ พิจารณาตามเหมาะสมของการเก็บทดสอบ นำส่ง

๔.๒ อนุโลมให้ไม่ต้องมีใบส่งตรวจแยกแต่ละราย สามารถบันทึกใน folder ผู้ป่วยโดยตรงหรืออาจใช้ worksheet

๕.๒ สาธิตหรือซักถาม แล้วแต่ดุลพินิจกรรมการผู้ประเมิน เช่น ขั้นตอน การจับเวลา การอ่านผล

๖.๑ บันทึก IQC ของเครื่อง Blood glucose meter ต้องแยกแบบบันทึกออกจากแบบบันทึกผลผู้ป่วย เนื่องจากบริบทการให้บริการจริงมีการบันทึกผลผู้ป่วยลง worksheet กรณีออกหน่วย หรือบันทึกลงใน folder ผู้ป่วยโดยตรง

๖.๓ กรณี ICQ ไม่ผ่านเกณฑ์ยอมรับให้ตรวจสอบบันทึกการหาสาเหตุและการแก้ไข กรณีไม่เคยเกิดปัญหาให้ขอคู่มือแนวทางแก้ไขกรณี ICQ ไม่ผ่านเกณฑ์ยอมรับ

**หมวดที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรม (RDU)

๑. การบริหารจัดการระบบยา

a. คณะกรรมการต่างๆ แนะนำใช้ตำแหน่ง แทนชื่อคน ขอให้ปัจจุบัน

๒. การคัดเลือก การส่งมอบยาที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

a. การปรับปรุงบัญชียา รพ.สต. เป็นปัจจุบัน อ้างอิงจากแม่ข่าย

b. ฐานข้อมูล แพ้ยา ,ยาเสียงสูง เป็นปัจจุบัน ดูหลักฐานเชิงประจักษ์ อ้างอิงจากแม่ข่าย

๓. คลังยาและเวชภัณฑ์

a. กรณีไม่มีคลังเวชภัณฑ์

- ดัดฐานคะแนน ข้อ ๓.๑ ออก ๔ คะแนน

- ดัดฐานคะแนน ข้อ ๓.๒ ออก ๔ คะแนน

- ดัดฐานคะแนน ข้อ ๓.๓ ออก ๒ คะแนน (ข้อ ๔ และ ๕ เพราะไม่มีใบเบิก)

b. กรณีตู้เย็นเก็บวัคซีน ต้องไม่มีช่องแช่แข็ง หรือเป็นตู้แบบ ๒ บานประตูแยกช่องปกติกับช่องแช่แข็ง

๒. งานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.)

ข้อ ๑.๓ สุ่ม อย่างน้อย ๑ ร้าน

ข้อ ๑.๔ สุ่ม อย่างน้อย ๑ บ้าน

ข้อ ๑.๕ มีการอบรมกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อย ๑ ใน ๔ กลุ่มเป้าหมาย (เพราะบางพื้นที่ไม่มีกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม)

**หมวดที่ ๘ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)** ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาเพิ่มเติม ดังนี้

- มีพี่เลี้ยงในการออกแบบระบบ IC (มีคำสั่ง)

- มีคู่มือ/แนวปฏิบัติ จัดทำให้สอดคล้องกับมาตรฐาน IC เป็นภาพรวมของจังหวัด

- มีรายงานการติดเชื้อ และมีแนวทางการจัดการที่ชัดเจน
- การตรวจสุขภาพเบื้องต้น ตามสิทธิที่กำหนด/ที่เบิกได้ตามจริง
- กรณีการเกิดอุบัติเหตุกรณีเข็มทิ่ม ตำ มีแนวปฏิบัติ (สุ่มสอบถามบุคลากร)
- มีป้ายขั้นตอนการล้างมือ ณ อ่างล้างมือ
- การใส่ชุดป้องกัน ควรมีพร้อมใช้ ๑ - ๒ ชุด/๑ หน่วยบริการ (สุ่มสอบถามบุคลากร)
- มีอ่างล้างมือ แยกจากอ่างล้างเครื่องมือ
- กำหนดเส้นทางการเดินของการนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ปนเปื้อนเชื้อโรคกับอุปกรณ์สะอาด/

ปราศจากการปนเปื้อนเชื้อโรค

- กำหนดพื้นที่สะอาด สกปรก และ พื้นที่บริการผู้ป่วยแพร่กระจายเชื้อ
- การกำจัดขยะ การกำหนดเส้นทางการเก็บขยะติดเชื้อ (ใช้การสุ่มสอบถาม ตามแนวปฏิบัติของ IC)
- มีป้ายจุดทิ้งขยะ, พักขยะ ฯลฯ (ตามมาตรฐานงานสิ่งแวดล้อม)
- การกำจัดโดยบริษัทภายนอก ต้องมีสำเนาใบอนุญาตการดำเนินการของบริษัทนั้นๆ มีตารางการเก็บขยะที่ชัดเจน มีใบส่งมอบขยะติดเชื้อทุกครั้ง