



แบบตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
“หน่วยบริการปฐมภูมิ”

\*\*\*\*\*

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ..... รหัสหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

เป็นเครือข่ายของหน่วยบริการประจำชื่อ.....รหัสหน่วยบริการประจำ.....

ส่งต่อหน่วยบริการที่รับการส่งต่อชื่อ ..... รหัสหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ.....

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

รายชื่อคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้ตรวจประเมิน

หัวหน้าคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ผู้ตรวจประเมิน

1. .... ลงลายมือชื่อ.....

กรรมการ/ผู้ตรวจประเมิน

2. .... ลงลายมือชื่อ.....

3. .... ลงลายมือชื่อ.....

4. .... ลงลายมือชื่อ.....

5. .... ลงลายมือชื่อ.....

6. .... ลงลายมือชื่อ.....

7. .... ลงลายมือชื่อ.....

8. .... ลงลายมือชื่อ.....

9. .... ลงลายมือชื่อ.....

10. .... ลงลายมือชื่อ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ใช้ประกอบการพิจารณา)

สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....

จำนวนบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิ

แพทย์ทั้งหมด .....คน เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว .....คน

พยาบาลวิชาชีพ .....คน

ทันตแพทย์ .....คน

เภสัชกร .....คน

นักกายภาพบำบัด .....คน

แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนไทยประยุกต์ .....คน

บุคลากรสาธารณสุขอื่น .....คน

จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ UC ของหน่วยบริการปฐมภูมินี้ .....คน

ส่วนที่ 2 การประเมินตามเกณฑ์ขั้นทะเบียน “หน่วยบริการปฐมภูมิ”

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการปฐมภูมิ		คะแนนประเมิน					ข้อสังเกต / สิ่งที่ต้องปรับปรุง
		0	1	2	3	8	
หมวด 1 ศักยภาพในการจัดระบบบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึง							
ม1-1 จัดให้หน่วยบริการ ปฐมภูมิ ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ โดยผู้รับบริการสามารถเดินทาง ใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 30 นาที							
ม1-2 ให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนได้ ไม่เกิน 10,000 คนต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ							
ม1-3 เปิดให้บริการสาธารณสุข แก่ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนทุกวัน และรวมเวลาให้บริการแล้วไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยเปิดให้บริการในช่วงเวลาที่ผู้มีสิทธิ สามารถเข้ารับบริการได้สะดวกตามบริบทของพื้นที่							
ม 1-4 ติดประกาศเวลาให้บริการตามที่ตกลงกับสำนักงานไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจน และมีประกาศรายชื่อเครือข่ายหน่วยบริการและหมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อ ให้ผู้มีสิทธิเกิดความมั่นใจในการที่จะได้รับการส่งต่อไปรับบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม							
หมวด 2 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข							
ม2-1 มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ชุมชน ได้อย่างครบถ้วนต่อเนื่อง โดยจัดให้มีบริการทั้งภายในหน่วยบริการและในชุมชน							
ม2-2 มีบริการตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ได้อย่างเป็นองค์รวม โดยผสมผสานร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการดูแลระยะท้ายของชีวิต โดยอาจจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจัดให้มีการประสานเชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพตลอดจนจัดให้มีบริการรองรับ กรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ ทั้งในและนอกเวลาทำการ							
ม2-3 บริการเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย การติดตามดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และคนพิการ รวมถึง การดูแลระยะท้ายของชีวิตที่บ้าน ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และบริการเชิงรุกในพื้นที่ อย่างน้อย 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์							

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการปฐมภูมิ	คะแนนประเมิน					ข้อสังเกต / สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	0	1	2	3	8	
ม2-4 บริการทันตกรรม ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอาจจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการ ในชุมชน และ/หรือ ในเครือข่ายหน่วยบริการ						
ม2-5 บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย ด้านการบริหารเวชภัณฑ์ ด้านการบริการเภสัชกรรมและการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาด้านการใช้ยา ด้านการบริหารเภสัชกรรมระดับบุคคล ครอบครัว และในชุมชน						
ม2-6 บริการกายภาพบำบัด โดยการใช้กระบวนการทางกายภาพบำบัดครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในหน่วยบริการและการบริการเชิงรุกในชุมชน และหรือในเครือข่ายหน่วยบริการ						
ม2-7 บริการทางห้องปฏิบัติการที่มีระบบประกันคุณภาพโดยวิชาชีพ และ/หรือมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่ผ่านการรับรองระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการได้อย่างมีคุณภาพ						
ม2-8 มีระบบบริการอื่นๆ รวมถึงการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งอาจเป็นการจัดบริการภายในหน่วยบริการ และ/หรือ การบริการเชิงรุกในชุมชน ตามความจำเป็นของผู้มีสิทธิในพื้นที่						
<b>หมวด 3 บุคลากร</b>						
ม 3 -1 จัดให้มีแพทย์ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่มีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คนต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ไม่เกิน 10,000 คน ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้มีสิทธิร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ใน หน่วยบริการปฐมภูมิโดยเป็นผู้ให้บริการ กำกับดูแลคุณภาพ และให้คำปรึกษา						
ม3-2 มีพยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป หรือ พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว ปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ไม่เกิน 2,500 คน โดยต้องเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป หรือ พยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 คน						
ม3-3 มีบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพ การสาธารณสุขชุมชน ผู้ประกอบโรคศิลปะ และหรือ บุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย 3 คน ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน 5,000 คน						

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการปฐมภูมิ	คะแนนประเมิน					ข้อสังเกต / สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	0	1	2	3	8	
ม3-4 จัดให้มีทันตแพทย์อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ไม่เกิน 30,000 คน ร่วมให้บริการ และสนับสนุนการจัดบริการ ทันตกรรมครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพทางทันตกรรม ตลอดจนให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ						
ม3-5 มีเภสัชกรอย่างน้อย 1 คนต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ไม่เกิน 30,000 คน ร่วมให้บริการ หรือสนับสนุนการจัดบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ และให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ						
ม3-6 มีนักกายภาพบำบัด อย่างน้อย 1 คน ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ไม่เกิน 30,000 คน ร่วมให้บริการ หรือสนับสนุนการจัดบริการ และให้คำปรึกษาแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ						
ม3-7 อาจจัดให้มีแพทย์แผนไทยและหรือบุคลากรวิชาชีพอื่นที่สอดคล้องกับบริการสาธารณสุขอื่นๆที่จำเป็นต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน						
<b>หมวด 4 การบริหารจัดการระบบ</b>						
ม4-1 มีผู้จัดการ หรือผู้รับผิดชอบในหน่วยงานหรืออาจมีคณะกรรมการบริหารจัดการ โดยมีผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และผู้รับบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับติดตามการบริการ ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ						
ม4-2 มีแผนงาน ที่สอดคล้องกับแผนงานของหน่วยบริการประจำ และสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้มีสิทธิ ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน						
ม4-3 มีระบบจัดการเรื่องร้องเรียน หรือรับฟังความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงระบบบริการ และ/หรือ การบริหารจัดการ						
ม4-4 มีการจัดการบริหารเครือข่ายการส่งต่อ และรับกลับ เพื่อให้สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (ม4-4-1 – ม4-4-5)  4.4-1 มีการจัดระบบการส่งต่อ และรับกลับ และมีแนวทาง หรือคู่มือในการดำเนินงาน ทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายหน่วยบริการ						

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการปฐมภูมิ	คะแนนประเมิน					ข้อสังเกต / สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	0	1	2	3	8	
ม4-4-2 สามารถส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังหน่วยบริการที่รับ การส่งต่อ ภายในระยะเวลาไม่เกิน 60 นาที						
ม4-4-3 จัดให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการรับส่งผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณี อุบัติเหตุ หรือ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสม						
ม4-4-4 มีการอำนวยความสะดวกในการบริการส่งต่อผู้รับบริการ ทั้ง ส่งไป และรับกลับ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายในเครือข่ายหน่วย บริการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง						
ม4-4-5 มีการส่งต่อข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับ ผู้รับบริการทั้งภายในและ ภายนอกเครือข่ายหน่วยบริการ						
ม4-5 มีระบบสนับสนุนเพื่อการติดต่อสื่อสาร และระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อใช้ในการจัดบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (ม4-5-1 – ม4-5-2)						
ม4-5-1 มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถขอรับคำปรึกษาจากหน่วย บริการประจำ และ/หรือ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว มี ประสิทธิภาพ						
ม4-5-2 มีระบบข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อใช้ใน การจัดบริการและการบริหารจัดการที่สามารถ เชื่อมโยงภายในเครือข่าย หน่วยบริการและเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศของสำนักงานได้ พร้อม ทั้งสามารถส่งข้อมูลหรือรายงานให้หน่วยบริการประจำ ตามที่สำนักงาน กำหนด						
ม4-6 มีการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามมาตรฐานที่องค์กร วิชาชีพหรือสำนักงานกำหนด (ม4-6-1 – ม4-6-4)						
ม4-6-1 มีการบริหารจัดการคุณภาพ						
ม4-6-2 มีการจัดการด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและ ภายนอกอาคาร						
ม 4-6-3 มีการจัดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการ						
ม4-6-4 มีการพัฒนาวิชาการของงานบริการ ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่นงานวิจัย หรือ นวัตกรรม ที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่						
ม4-7 มีการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน เอกชนและภาคีเครือข่ายใน พื้นที่						

เกณฑ์ตรวจหน่วยบริการปฐมภูมิ	คะแนนประเมิน					ข้อสังเกต / สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	0	1	2	3	8	
ม5-1 มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการอย่างพอเพียงเหมาะสมกับการจัดบริการแต่ละด้าน						
ม5-2-1 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และ/หรือ ตามรายการที่สำนักงานกำหนด						
ม5-2-2 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน เพื่อบริการทันตกรรม ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และ/หรือ ตามรายการที่สำนักงานกำหนด						
ม5-2-3 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน เพื่อบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และ/หรือ ตามรายการที่สำนักงานกำหนด						
ม5-2-4 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน เพื่อกายภาพบำบัด ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และ/หรือ ตามรายการที่สำนักงานกำหนด						
ม5-2-5 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่ จำเป็น พร้อมใช้งาน เพื่อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และ/หรือ ตามรายการที่สำนักงานกำหนด						
ม5-2-6 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พร้อมใช้งาน เพื่อบริการแพทย์แผนไทย ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และ/หรือ ตามรายการที่สำนักงานกำหนด						

ผนวก 1 การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล  
สถานที่ อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่จำเป็น

หมายเหตุ \*\*\* เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
<b>ก. ทะเบียนผู้รับบริการ</b>			
(1) มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้รับบริการที่สามารถค้นหาง่าย และเก็บรักษาไว้นานอย่างน้อย 5 ปี (มีที่เก็บเวชระเบียนที่มั่นคง ปลอดภัย ค้นหาได้ง่าย และมีการสำรองข้อมูลกรณีเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์)			
(2) มีการจัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วย สำหรับบันทึกการมารับบริการของผู้ป่วย อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้ 2.1 ชื่อ นามสกุล อายุ ผู้ป่วย 2.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 2.3 วัน เดือน ปี มารับบริการ			
(3) มีเวชระเบียนหรือบัตรผู้ป่วย ที่สามารถบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับบริการ อย่างน้อยต้องมีรายการ ดังต่อไปนี้ 3.1 ชื่อสถานพยาบาล 3.2 เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) 3.3 วัน เดือน ปี รับบริการ 3.4 ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และ ข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆของผู้ป่วย เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ สถานภาพ ที่อยู่และเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน 3.5 ประวัติอาการป่วย ผลการตรวจทางร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงของผู้ป่วย 3.6 การวินิจฉัย 3.7 การรักษา 3.8 ลายมือชื่อผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ให้การรักษาพยาบาล (ในกรณีที่ เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ใช้ข้อมูลชื่อ/เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ)			
<b>ข. ห้องตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาล</b>			
(4) โต๊ะ เก้าอี้ เตียงตรวจโรคที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์(มีขนาดและพื้นแข็งสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ตามหลักวิชาชีพ)พร้อม สิ่งอำนวยความสะดวก			
(5) อ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ สบู่ และผ้า/กระดาษเช็ดมือ			
(6) มีแสงสว่างเพียงพอ			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(7) มีระบายของอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นไม่พึงประสงค์ (ให้ดูการไหลเวียนของอากาศสะอาดและอากาศสกปรก)			
ชุดสำหรับตรวจและวินิจฉัยโรค ที่พร้อมใช้งาน อย่างน้อยต้องมีรายการดังนี้			
(8) หูฟัง (Stethoscope)			
(9) เครื่องวัดความดันโลหิต(Sphygmomanometer)			
(10) เครื่องตรวจดูตา หู คอ จมูก			
(11) ไฟฉาย ไม้กดลิ้น			
(12) อุปกรณ์วัดอุณหภูมิกาย			
(13) ไม้เคาะเข่า			
(14) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง			
(15) อุปกรณ์ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงสำหรับเด็ก			
(16) อุปกรณ์วัดสายตา (Snellen's Chart / E – Chart)			
(17) *** ตู้เย็น สำหรับเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ ต้องมีแนวทางปฏิบัติในการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็น การบันทึกข้อมูล ระยะเวลาในการบันทึกข้อมูล แนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม กรณิ ไฟดับ หรือล้างทำความสะอาดตู้เย็น ถ้ามีกิจกรรมที่ให้บริการนอกสถานที่ ต้องมีแนวทางปฏิบัติและอุปกรณ์ที่ใช้ในการขนยาออกนอกพื้นที่ เป็นต้น			
(18) เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับตู้เย็น ต้องมีวิธีการตรวจสอบเครื่องวัดอุณหภูมิตู้เย็น การเทียบเคียง เป็นต้น			
<b>ค. ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน</b>			
(19) *** ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีจำนวนเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ได้แก่ 19.1 ยาฉีด Adrenaline 1:1,000			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
19.2 ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone 19.3 ยาฉีด Chlorpheniramine injection 19.4 50% Glucose injection 19.5 ยาอมใต้ลิ้นเพื่อยายหลอดเลือดหัวใจ 19.6 อื่นๆ ระบุ.....			
(20) ***อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มี ได้แก่ 20.1 ถังบีบลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจทั้งสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก จำนวนอย่างละ 1 ชุด 20.2 NSS 1,000 cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid) จำนวน 2 ชุด 20.3 Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ จำนวน 2 ชุด 20.4 Disposable Syringe จำนวน 5 หลอด 20.5 เข็ม Disposable จำนวน 5 อัน 20.6 เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้ จำนวน 1 อัน 20.7 Oral Airway จำนวน 1 อัน 20.8 Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง จำนวน 1 ถัง 20.9 อื่นๆ ..... 20.10 กรณีที่มีห้องผ่าตัดใหญ่จะต้องมีเครื่องกระตุกหัวใจ (Defibrillator) จำนวน 1 เครื่อง			
(21) *** มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน 21.1 มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน 21.2 มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย			
(22) ***บุคลากรมีความพร้อมในการให้บริการ โดยได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน			
ง. *** ชุดผ้าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
จ. ชุดอุปกรณ์ตรวจภายในและ Pap Smear			
ฉ. *** มีอุปกรณ์ผ่านการฆ่าเชื้อตามระบบมาตรฐาน และมีอุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อที่ได้มาตรฐาน รวมทั้ง วิธีการหรือแนวทางปฏิบัติในการฆ่าเชื้อตามมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือตู้อบฆ่าเชื้อ			
รวม 25 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)			

ผนวก 2 การให้บริการทันตกรรม  
สถานที่ อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่จำเป็น

หมายเหตุ \*\*\* เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
<b>ก. สถานที่และสิ่งแวดล้อม</b>			
(1) ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการทั้งด้านกายภาพและสารเคมี			
(2) สะดวกและปลอดภัยต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังหน่วยบริการ/สถานบริการแห่งอื่น			
(3) มีการจัดโครงสร้างภายในเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยบริเวณให้บริการรักษาทางทันตกรรม บริเวณให้บริการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (เช่น การสอนสุขศึกษา การปรับพฤติกรรม) บริเวณสนับสนุนบริการ และบริเวณที่พักรอของผู้มารับบริการ			
<b>ข. เครื่องมือและอุปกรณ์ทันตกรรม</b>			
(4) มีระบบการควบคุมการติดเชื้อของหน่วยบริการที่ได้มาตรฐาน และมีเครื่องทำให้ปลอดเชื้อด้วยไอน้ำร้อนแรงดันสูง (autoclave) หรือมีใช้ร่วมกันในเครือข่ายสถานบริการ			
(5) *** มียูนิตทำฟัน ทั้งแบบติดตั้งและ/หรือแบบเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยรายการทั้ง 3 ข้อครบ ดังนี้ 5.1 ระบบแสงสว่าง โดยโคมไฟส่องปากมีคุณสมบัติของแสงสว่างที่ไม่มีความร้อน 5.2 ระบบกรอฟันที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด 5.3 ระบบดูดน้ำลายเป็นระบบที่ป้องกันการฟุ้งกระจายในห้อง			
(6) มีเครื่องดูดหินน้ำลายไฟฟ้า (Ultrasonic Scaler)			
(7) มีเครื่องปั่นอมัลกัม			
(8) มีเครื่องบ่มวัสดุด้วยแสง สำหรับใช้กับวัสดุทันตกรรม (Light Curing Unit)			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(9) มีชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และ ไม่เกิดการปนเปื้อน ระหว่างให้บริการ			
(10) มีตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์ (สามารถใช้ร่วมกับห้อง/แผนกบริการอื่นได้)			
(11) มีอ่างล้างมือ(ที่แยกจากอ่างล้างเครื่องมือ) สบู่ ผ้า/กระดาษเช็ดมือ			
(12) เครื่องวัดความดันเลือด			
รวม 12 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)			

กรณี หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม ให้มีชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน ดังนี้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
<b>ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน</b>			
(13) *** ยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีจำนวนเพียงพอกับการให้บริการ มีฉลากที่ถูกต้องตามกฎหมายให้ตรวจสอบ และไม่มียาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ ได้แก่ 13.1 ยาฉีด Adrenaline 1:1,000 13.2 ยาฉีด Steroid injection เช่น Dexamethazone Injection หรือ Hydrocortizone 13.3 ยาฉีด Chlorpheniramine injection 13.4 50% Glucose injection 13.5 ยาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ 13.6 อื่นๆ ระบุ.....			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(14) ***อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับการช่วยชีวิตฉุกเฉินที่ต้องจัดให้มี ได้แก่ 14.1 ถังป้อนลมเพื่อช่วยหายใจพร้อมหน้ากากครอบช่วยการหายใจ จำนวน 1 ชุด 14.2 NSS 1,000 cc. พร้อมชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (set IV fluid) จำนวน 2 ชุด 14.3 Medicut หรือเข็มแทงหลอดเลือดดำเพื่อให้น้ำเกลือ จำนวน 2 ชุด 14.4 Disposable Syringe จำนวน 5 หลอด 14.5 เข็ม Disposable จำนวน 5 อัน 14.6 เสาแขวนน้ำเกลือ (Stand) ที่เคลื่อนย้ายได้ จำนวน 1 อัน 14.7 Oral Airway จำนวน 1 อัน 14.8 Oxygen Tank พร้อมอุปกรณ์วัดปริมาณออกซิเจนในถัง จำนวน 1 ถัง 14.9 อื่นๆ .....			
(15) *** มีแผนและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน 15.1 มีเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินติดต่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการช่วยฟื้นคืนชีพติดไว้ในที่เห็นได้ชัดเจน 15.2 มีแผนและขั้นตอนการช่วยชีวิตเบื้องต้นที่ได้มาตรฐาน และขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย			
(16) ***บุคลากรมีความพร้อมในการให้บริการ โดยได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน			
รวม 16 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี / ไม่มี ได้เท่านั้น)			

ผนวก 3 การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ  
สถานที่ อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่จำเป็น

หมายเหตุ \*\*\* เป็นรายการที่จำเป็นอย่างยิ่ง ขาดไม่ได้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
<b>ก. สถานที่และสิ่งแวดล้อม</b>			
(1) เป็นสถานที่มั่นคง แข็งแรง มีพื้นที่ไม่น้อยกว่า 15 ตารางเมตร มีบริเวณแยกจากสถานที่แวดล้อมเป็นสัดส่วน			
(2) มีความสะอาด แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทดี			
(3) *** มีการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ (มีการติดตั้งเครื่องปรับอากาศเพื่อรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์)			
(4) มีการจัดวางยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษ โดยไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวได้โดยตรง			
(5) มีบริเวณให้คำปรึกษาที่เป็นสัดส่วน พร้อมโต๊ะ และเก้าอี้ให้เภสัชกรสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้สะดวก			
(6) มีป้ายสัญลักษณ์ต่างๆ ติดในที่เปิดเผย ผู้รับบริการสามารถสังเกตเห็นได้ง่าย ดังนี้ 6.1 มีป้ายแสดงว่าเป็น "ร้านยา" หรือ "สถานที่บริการยา" หรือ “จุดจ่ายยา หรือ จุดส่งมอบยา” 6.2 ป้ายแสดงชื่อตัว รูปภาพ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพของผู้ที่มีหน้าที่ปฏิบัติการและเวลาปฏิบัติงานของเภสัชกรที่กำลังปฏิบัติหน้าที่ติดอยู่ ณ จุดส่งมอบยาที่ผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน			
<b>ข. อุปกรณ์และวัสดุ</b>			
(7) มีอุปกรณ์นับเม็ดยาหรือแคปซูลอย่างน้อย 2 ชุด เพื่อแยกนับยากลุ่มที่อาจเกิดอาการแพ้ เช่น ยากลุ่มเพนนิซิลิน			
(8) มีอุปกรณ์เครื่องใช้ในการให้บริการที่สะอาด และไม่เกิดการปนเปื้อนในระหว่างการให้บริการ			
(9) *** มีห้องเย็น หรือ ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์ที่มีการควบคุมอุณหภูมิได้ตามกำหนด			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
(10) *** ภาพขณะบรรจุยามีฉลากครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนด			
(11) มีฉลากช่วย เอกสารความรู้ สนับสนุนการบริการอย่างเหมาะสม			
<b>ค. การบริการเภสัชกรรม</b>			
(12) มีเกณฑ์ในการเลือกสรรยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น การจัดหาผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานการผลิตที่ดี และมาจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ			
(13) *** มีการเก็บรักษาซึ่งมีเป้าหมายให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี และปลอดภัยตลอดเวลา			
(14) *** มีระบบควบคุมกำกับยาหมดอายุ			
(15) มีการเก็บรักษายาควบคุมพิเศษ ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นสัดส่วนในที่เก็บมั่นคงแข็งแรง และตรวจสอบได้ตลอดเวลา			
(16) มีระบบตรวจประเมินความเหมาะสมของยาตามใบสั่งยาและสามารถติดต่อแพทย์ผู้สั่งใช้ยาได้ทันที			
(17) *** ยาที่ส่งมอบต้องมีข้อมูลครบถ้วน โดยระบุสถานที่บริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่จ่ายยา ชื่อสามัญทางยา (ชื่อการค้า ถ้ามี) วิธีใช้ยา ข้อควรระวัง และวันหมดอายุ			
(18) *** มีการให้คำแนะนำตามสมควรเกี่ยวกับการใช้ยาอันตรายให้ปลอดภัยตามหลักวิชาการและมรรยาทแห่งวิชาชีพ			
(19) *** มีการบันทึกการให้บริการสำหรับผู้รับบริการที่ต้องติดตามการใช้ยาต่อเนื่อง			
(20) มีระบบรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ			
(21) มีการทำบัญชียาที่ซื้อและขายตามที่กำหนดในกฎกระทรวง (ในกรณีที่มีการซื้อ/ขายยาจากหน่วยงานอื่น)			
(22) มีการเก็บรักษาใบสั่งยาและเอกสารที่เกี่ยวข้องไว้เป็นหลักฐานไม่น้อยกว่า 1 ปีนับจากวันที่ให้บริการ			
(23) มีบริการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
<b>รวม 23 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี/ไม่มี ได้เท่านั้น)</b>			

ผนวก 4 การให้บริการกายภาพบำบัด สถานที่ อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่จำเป็น

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต / เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
<b>ก. เครื่องใช้ทั่วไป จะต้องจัดให้มี (ใช้ร่วมกับการบริการอื่นได้)</b>			
(1) เตียงที่ใช้สำหรับการตรวจรักษา			
(2) เครื่องชั่งน้ำหนัก			
(3) ตู้หรือชั้นเก็บอุปกรณ์กายภาพบำบัด/ยา			
(4) อ่างล้างมือ สบู่ ผ้าเช็ดมือ			
(5) เครื่องวัดความดันเลือด			
(6) หูฟัง			
(7) โกนโกมิเตอร์			
(8) สายวัดความยาว			
<b>ข. เครื่องมือกายภาพบำบัด รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ได้มาตรฐานไม่น้อยกว่า 5 ชนิด จากรายการดังต่อไปนี้</b>			
(9) เครื่องให้การรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง (Ultrasound)			
(10) เครื่องแช่แผ่นเก็บความร้อน (Hydrocollator Unit)			
(11) ตู้เย็นสำหรับแผ่นประคบเย็น			
(12) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า (Electrical Stimulation)			
(13) อุปกรณ์การฝึกเดิน (Parallel Bar, Cane, Crutch, Walker)			
(14) อุปกรณ์การออกกำลังกาย (Weight, Bicycle)			
(15) อุปกรณ์การฝึกเคลื่อนไหว (เช่น รอกบริหาร (Overhead Pulley), บันไดผนัง (Wall Ladder), Wheel Exerciser เป็นต้น)			
<b>รวม 15 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี/ไม่มี ได้เท่านั้น)</b>			

ผนวก 5 การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ  
สถานที่ อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่จำเป็น

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
<b>ก. เครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์</b>			
(1) กล้องจุลทรรศน์ที่มีกำลังขยายไม่น้อยกว่า 1,000 เท่า			
(2) เครื่องหมุนเหวี่ยงเพื่อตรวจปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit Centrifuge)			
(3) เครื่องหมุนเหวี่ยง (centrifuge) สำหรับปั่นแยกตัวอย่างหรือปั่นตกตะกอนปัสสาวะ			
(4) ***เครื่องมือตรวจ ณ จุดบริการบุคคล และ/หรือ เครื่องมือวิเคราะห์ความเข้มข้นของสาร			
(5) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจนับจำนวนเซลล์			
(6) ตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุวิทยาศาสตร์และสิ่งตัวอย่าง(สามารถใช้ร่วมกับห้อง/แผนกบริการอื่นได้)			
(7) *** อุปกรณ์และภาชนะในการเก็บสิ่งส่งตรวจชนิดต่างๆ			
(8) วัสดุวิทยาศาสตร์ (เช่น น้ำยา, สีย้อม) สำหรับการตรวจอูจจาระ			
(9) *** วัสดุวิทยาศาสตร์ (เช่น น้ำยา สีย้อม) สำหรับทำการตรวจการตั้งครรภ์ หรือมาลาเรีย ตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ ด้วย urine strip หรือตรวจหาไข่ขาว/น้ำตาล (Albumin/Urine)			
(10) เครื่องมืออื่นๆ ตามประเภทของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ			
<b>รวม 10 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี/ไม่มี ได้เท่านั้น)</b>			

หมายเหตุ

1. ในกรณีที่มีเครื่องมือตั้งแต่รายการ 1-10 ครบถ้วน ควรมีนักเทคนิคการแพทย์ประจำหรือหมุนเวียนไปปฏิบัติงาน
2. ในกรณีที่เปิดให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องมีเครื่องมือที่สอดคล้องกับการทดสอบนั้น ๆ

ผนวก 6 การให้บริการแผนไทย  
สถานที่ อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่จำเป็น

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
ก. ห้องตรวจโรค (สามารถใช้ร่วมกับห้อง/แผนกบริการอื่นได้)			
1. เตียงตรวจโรค ที่นอน หมอน และผ้าคลุมตัว			
2. โต๊ะและเก้าอี้สำหรับตรวจโรค			
3. มีเครื่องมือ เครื่องใช้ สะอาด จำนวนเพียงพอ และพร้อมใช้งาน ดังต่อไปนี้ 3.1 เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ 3.2 เครื่องฟังตรวจ (stethoscope) 3.3 เครื่องวัดความดันโลหิต 3.4 สายวัด 3.5 ไฟฉาย 3.6 ไม้กดลิ้น 3.7 ไม้เคาะเข่า 3.8 อุปกรณ์ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง 3.9 ชุดอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น (สามารถใช้ร่วมกับแผนกอื่นๆ ได้) 3.10 ถังมือยาง 3.11 ผ้าปิดจมูก			
4. มีอ่างล้างมือพร้อมสบู่หรือแอลกอฮอล์ที่ใช้สำหรับล้างมือ			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
5. มีอุปกรณ์กล้องไฟสำหรับส่องฟิล์มเอกซเรย์			
6. อาภาศถ่ายเทได้สะดวก			
7. มีแสงสว่างเพียงพอ			
8. ประตูมีความกว้างที่รณั้คนพิการสามารถผ่านเข้าออกได้และด้านบนของบานประตูหรือบานเลื่อนมีช่องมองเป็นกระจกใส ที่อยู่ในระดับสายตา และไม่มีอุปกรณ์ล็อกประตู			
<b>ข. ห้องนวด</b>			
1. การจัดพื้นที่มีความเหมาะสม ผู้ให้บริการสามารถเดินเข้าออกเพื่อให้บริการได้อย่างสะดวก โดยเฉพาะในกรณีภาวะฉุกเฉิน			
2. เติ้ยงนวดมีขนาดและความสูงเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ มีระบบการจัดการความปลอดภัยขณะขึ้นลงจากเตียง			
3. เบาะที่นอนเป็นที่นอนแข็ง หุ้มด้วยวัสดุที่คงทน และมีผ้าปูที่นอนพร้อมหมอนและปลอกหมอน ผ้าขาวเตียง ผ้าคลุมตัว ที่สะอาด			
4. มีน้ำยาทำความสะอาดมือ			
5. มีพัดลมระบายอากาศหรือช่องระบายอากาศ			
6. มีแสงสว่างเพียงพอ			
7. กรณีนี้้งลูกประคบในห้องนวด มีที่วางหมอนั้ร้อนนี้้งลูกประคบอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการ			
<b>ค. ห้องกระโจมหรือตู้อบไอน้ำสมุนไพร</b>			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
1. เป็นตู้อบสมุนไพรหรือกระโจมที่ผู้บริการเข้าได้ทั้งตัวโดยไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายยื่นออกมานอกกระโจม และสามารถเข้าออกได้สะดวก			
2. ขนาดของตู้อบสมุนไพรหรือกระโจมมีความเหมาะสมกับจำนวนและขนาดของผู้บริการ			
3. กรณีเป็นตู้อบสมุนไพรประตุทำด้วยวัสดุทนน้ำ เปิดจากภายในและสามารถเข้าออกได้สะดวก ด้านบนของบานประตูมีช่องมองเป็นกระจกใสที่อยู่ในระดับสายตา ไม่มีอุปกรณ์ล็อก/ตรึงประตู และมีพัดลมดูดอากาศหรือช่องระบายอากาศเพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก กรณีกระโจมทำจากผ้าที่ระบายอากาศได้ดีและสะอาด			
4. หม้อต้มสมุนไพรทำจากวัสดุที่มีระบบควบคุมความปลอดภัย ได้แก่ ระบบการตัดไฟของหม้อต้มสมุนไพร ระบบตัดไฟอัตโนมัติของอาคาร หรือระบบสายดินป้องกันไฟดูด และมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง โดยดูจากบันทึกการตรวจสอบ			
5. มีวัสดุอุปกรณ์สำหรับป้องกันไม่ให้ผู้บริการสัมผัสหม้อต้มสมุนไพรได้ง่าย			
6. แก้วในกระโจมหรือตู้อบสมุนไพรทำด้วยวัสดุทนความร้อน แข็งแรง และไม่มีเชื้อรา			
7. บริเวณพื้นห้องของตู้อบสมุนไพรหรือกระโจมต้องทำจากวัสดุกันลื่น			
8. มีระบบควบคุมอุณหภูมิ ภายในตู้อบสมุนไพรหรือกระโจมที่สามารถควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 45 องศา			
9. มีระบบการกำหนดเวลาและสัญญาณเตือนเมื่อครบเวลาตามที่กำหนด			
10. มีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆในตู้อบสมุนไพรหรือกระโจมได้อย่างชัดเจน			
ง.ห้องหรือบริเวณที่เตรียมอุปกรณ์ในการบำบัดมือเกลือ (กรณีจัดบริการผดุงครรภ์ไทย)			
1. อยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
2. มีโต๊ะหรือชั้นวางที่สะดวกในการเตรียมอุปกรณ์			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
3. แหล่งความร้อนสำหรับทำให้หม้อเกลือสมุนไพรร้อน 3.1 กรณีใช้เตาถ่าน - บริเวณใกล้เคียงต้องไม่ติดไฟง่าย 3.2 กรณีใช้แก๊ส - ต้องมีวาล์วเปิด-ปิด และมีระบบตัดแก๊ส 3.3 กรณีใช้เตาไฟฟ้า - ต้องมีระบบเปิด-ปิด เต้าไฟฟ้า และมีระบบป้องกันไฟฟ้ารั่วและไฟฟ้าลัดวงจร			
4. มีอุปกรณ์ดับเพลิง			
<b>จ.ห้องปรุงยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (กรณีการจัดบริการเภสัชกรรมไทย)</b>			
1. สถานที่สะอาด แยกเป็นสัดส่วน			
2. มีเครื่องชั่ง/ตวง ซึ่งใช้งานได้ดี และตรวจสอบความเที่ยงตรงของอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยมีแบบรับรองจากหน่วยงานที่ตรวจสอบ			
3. มีตู้เก็บยาหรือภาชนะอื่นๆที่จำเป็นในการเก็บยา เพียงพอ สะอาด และใช้งานได้ดี			
4. มีอ่างล้างมือ/เครื่องมือ สะอาด ใช้งานได้ดี			
5. ฉลากยาระบุ ชื่อสถานบริการ ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ข้อบ่งใช้ หรือ สรรพคุณ			
<b>ฉ.ห้องหรือบริเวณจ่ายยา (สามารถใช้ร่วมกับห้อง/แผนกบริการอื่นได้)</b>			
1. มีขนาดห้องหรือบริเวณเก็บยาพอเหมาะกับปริมาณยา เก็บในที่แห้ง และแสงแดดส่องไม่ถึง อากาศถ่ายเทได้ดี			
2. มีการจัดเก็บยา เรียงยาสมุนไพรไว้เป็นระเบียบ และแยกเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะยาที่มีพิษและยาที่มีกลิ่นหอม จัดเก็บในภาชนะที่มิดชิดกันแมลงต่างๆ ไม่มียาสมุนไพรที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพ			
3. มีฉลากยาสมุนไพรระบุ ชื่อยา วัน/เดือน/ปีที่หมดอายุ และแหล่งผลิต ที่ภาชนะที่เก็บยาสมุนไพรอย่างชัดเจน			
4. มีบัญชีควบคุมและกำกับยาหมดอายุ			

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการตรวจสอบ		ข้อสังเกต/ เงื่อนไขการปรับปรุง
	มี	ไม่มี	
5. มีจุดจ่ายยาที่เปิดโล่งหรือปิดด้วยกระจกใส โดยผู้ให้บริการสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้รับบริการได้อย่างสะดวก			
ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า และอุปกรณ์ในการจัดเก็บทรัพย์สินส่วนตัวของผู้รับบริการ			
<b>ข. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า และอุปกรณ์ในการจัดเก็บทรัพย์สินส่วนตัวของผู้รับบริการ(สามารถใช้ร่วมกับห้อง/แผนกบริการอื่นได้)</b>			
1. มีจำนวนห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าเพียงพอกับผู้รับบริการ			
2. มีการระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น			
3. ขนาดห้องมีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ			
4. มีแสงสว่างเพียงพอ			
5. มีเสื้อผ้าที่เหมาะสมและเพียงพอกับผู้รับบริการ			
6. มีตู้เก็บของที่มีระบบกุญแจล็อคหรืออุปกรณ์ในการจัดเก็บทรัพย์สินส่วนตัวของผู้รับบริการโดยที่ผู้บริการสามารถหยิบติดตัวไปได้			
7. มีอุปกรณ์สำหรับเก็บเสื้อผ้าที่ใช้แล้ว			
<b>ข. ห้องน้ำ (สามารถใช้ร่วมกับห้อง/แผนกบริการอื่นได้)</b>			
1. มีการแยกห้องน้ำชาย – หญิงให้เป็นสัดส่วน			
2. สะอาด พื้นไม่ลื่น มีราวจับสำหรับคนพิการ/ผู้สูงอายุ			
3. มีอ่างล้างมือ สบู่ล้างมือ			
4. มีถังขยะติดเชื้อและมีแนวทางในการกำจัดอย่างชัดเจน			
<b>รวม 45 รายการ (เฉพาะข้อที่มีช่องว่างให้เติม มี/ไม่มี ได้เท่านั้น)</b>			

ส่วนที่ 3 สรุปผลประเมินรายชื่อเกณฑ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวนข้อ ทั้งหมด (A)	จำนวนข้อที่ได้คะแนน				คะแนน 8 มี...ข้อ (G)
		คะแนน 3 มี ...ข้อ (C)	คะแนน 2 มี ...ข้อ (D)	คะแนน 1 มี...ข้อ (E)	คะแนน 0 มี...ข้อ (F)	
หมวด 1 ศักยภาพในการจัดบริการเพื่อการเข้าถึง	4					
หมวด 2 ประสิทธิภาพและขอบเขตบริการสาธารณสุข	8					
หมวด 3 บุคลากร	7					
หมวด 4 การบริหารจัดการระบบ	15					
หมวด 5 สถานที่ อุปกรณ์ และ เครื่องมือที่จำเป็น	7					
รวมจำนวนข้อเกณฑ์หน่วยบริการปฐมภูมิ	41					
รวมจำนวนข้อในคะแนน 3,2,1,0,8		sum (C)	sum (D)	sum (E)	sum (F)	sum (G)
ร้อยละจำนวนข้อในคะแนน 3,2, 1,0,8		(sum C/sum B)*100	(sum D/sum B)*100	sum E/sum B)*100	sum F/sum B)*100	sum G/sum B)*100

หมายเหตุ ให้ระบุข้อเกณฑ์ที่มีคะแนนเป็น 0 ได้แก่ ข้อ.....

#### ส่วนที่ 4 สรุปผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ

ใส่สรุปผลการตรวจประเมินฯ โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้ากลุ่มที่สอดคล้องกับผลการประเมิน

ผลประเมิน	กลุ่ม	% ของข้อที่ได้แต่ละคะแนน	ผลการตรวจประเมินขึ้นทะเบียน
	กลุ่ม 1	ทุกข้อที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 โดยมีคะแนน 3 บางข้อ	ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิครบถ้วน และมีบางส่วนสูงกว่าเกณฑ์
	กลุ่ม 2	มีข้อที่ได้คะแนน 2 ขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 <u>และ</u> ไม่มีข้อใดมีคะแนนเป็น 0	ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
	กลุ่ม 3	มีข้อที่ได้คะแนน 2 ขึ้นไป อยู่ระหว่างร้อยละ 50 – 79.99 <u>และ</u> ไม่มีข้อใดมีคะแนนเป็น 0	ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และควรพัฒนาต่อเนื่อง โดยหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิต้องจัดทำแผน และดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข ภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนด
	กลุ่ม 4	มีข้อที่ได้คะแนน 2 ขึ้นไป น้อยกว่าร้อยละ 50 <u>หรือ</u> มีคะแนน 0 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 โดยข้อที่คะแนนเป็น 0 จะต้องไม่ใช่ข้อที่กำหนดว่าเป็น 0 ไม่ได้	ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ต้องพัฒนาเร่งด่วน โดยหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิต้องจัดทำแผน และดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข ภายในระยะเวลาที่สำนักงานกำหนดอย่างเร่งด่วน
	กลุ่ม 5	มีคะแนนเป็น 0 ในข้อที่กำหนดว่าเป็น 0 ไม่ได้ <u>หรือ</u> มีข้อที่คะแนนเป็น 0 มากกว่าร้อยละ 10	ไม่ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ยกเว้น กรณีเป็นหน่วยบริการสังกัดภาครัฐ ให้ สปสช.เขต ให้คำแนะนำในการพัฒนา ปรับปรุง โดยพิจารณาตามศักยภาพที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบัน ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ประชาชนได้รับเป็นสำคัญ และสปสช.เขต รายงานผลร่วมประเมินไปยังหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อรับทราบและดำเนินการปรับปรุงพัฒนาหน่วยบริการนั้น เนื่องจากเป็นหน้าที่ของรัฐในการให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานแก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจประเมินต่อการดำเนินการพัฒนา / ปรับปรุง (เพิ่มเติม).....

.....

.....

.....

ข้อเสนอประกอบการพิจารณาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้า(ผู้อำนวยการหน่วยบริการ/หัวหน้าหน่วยบริการ/ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล/ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล) ได้รับทราบผลการตรวจประเมินแล้ว และขอรับรองว่า คณะกรรมการ/คณะทำงานตรวจประเมินมิได้ทำให้ทรัพย์สินของของหน่วยบริการ/สถานพยาบาล สูญหายหรือเสื่อมค่าแต่ประการใด

ลงชื่อ.....

( )

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....