

**แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
(ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘)**

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

ส่วนที่ ๑ รายละเอียดการตรวจประเมิน

การตรวจประเมิน

- หน่วยบริการประเมินตนเอง
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมิน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

๒.๑ รายละเอียดทั่วไป

- ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ.....
- ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.....

รหัสหน่วยบริการ ๗ หลัก

สถานที่ตั้ง เลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... อีเมลล์.....

ขนาดสถานบริการ.....

รหัสสถานบริการ ๕ หลัก

จำนวนประชากรต่อหน่วยบริการแยกตามสิทธิประโยชน์ (DBPOP)

- สิทธิ UC จำนวนคน
- สิทธิข้าราชการ จำนวนคน
- สิทธิพนักงานท้องถิ่น จำนวนคน
- สิทธิและกันสังคม จำนวนคน
- สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น ระบุ..... จำนวนคน
- อื่นๆ โปรดระบุ..... จำนวนคน

รวมทั้งสิ้นจำนวนคน

๒.๒ สังกัด

- รัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุกรม
- รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ระบุกระทรวง.....
 - สังกัดย่อย.....
- เอกชน
 - ชื่อบริษัท/เจ้าของกิจการ.....
 - ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานบริการ เลขที่.....
 - ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล เลขที่.....

ส่วนที่ ๓ การประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประเมิน ตนเอง		ผลประเมิน คณะทำงาน		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
ส่วนที่ ๑ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีดังนี้					
๑.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน					
๑.๒ มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน ๒ คนขึ้นไป					
๑.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป					
๑.๔ มีป้ายชื่อแพทย์แขวนหน้าห้องตรวจ ชัดเจน					
๑.๕ มีโครงสร้างบุคลากรในหน่วยบริการ ชัดเจน					
ส่วนที่ ๒ มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ					
๒.๑ ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก (Application/Line/SMS/Telephone)					
๒.๒ ข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้เข้ารับบริการ					
๒.๓ มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการ					
๒.๔ มีประวัติการรักษาพยาบาลที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการสำรองข้อมูล					
ส่วนที่ ๓ มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป					
๓.๑ มีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน					
๓.๒ มีตารางการปฏิบัติงาน/การให้บริการที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๔ มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อย					
๔.๑ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดบริการ เช่น งบประมาณ เวชภัณฑ์ เป็นต้น					
๔.๒ มีแผนดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในชุมชน สถานประกอบการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ					
๔.๓ มีบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน					
๔.๔ มีแผนในการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน สถานประกอบการ					
๔.๕ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง					
๔.๖ บริการควบคุมโรค ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
๔.๗ มีการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมให้ประชาชนใน ชุมชน สถานประกอบการ มีศักยภาพและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว					
๔.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการป้องกันและควบคุมโรคภายในชุมชน สถานประกอบการ					
ส่วนที่ ๕ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น					
๕.๑ มีป้ายบ่งบอกว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน					

เกณฑ์การตรวจประเมิน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ผลประเมิน ตนเอง		ผลประเมิน คณะทำงาน		สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	
๕.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีทางเข้า – ออก ที่ชัดเจน					
ส่วนที่ ๖ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ					
๖.๑ สถานที่บริการสะอาด ปลอดภัย ในการจัดบริการแต่ละด้าน แยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม					
๖.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก					
๖.๓ มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอต่อประชาชนที่เข้ารับบริการ					
๖.๔ มีอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น เพียงพอ และถูกจัดไว้ในพื้นที่ ที่เหมาะสมรวมทั้งมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ					
๖.๕ มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการ สามารถค้นหาง่าย					
๖.๖ สถานที่ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพ และสารเคมี					
๖.๗ ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยัง หน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น					
๖.๘ มีการจัดแบ่งพื้นที่ เขตสะอาดและเขตปนเปื้อนเชื้อ เพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรค ในหน่วยบริการที่ชัดเจน					
๖.๙ มีการคัดแยกมูลฝอยตามประเภทของมูลฝอยและนำไปกำจัด ตามมาตรฐานที่กำหนด					
๖.๑๐ มีแผนในการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐±๒,๐๐๐ คนหรือตามบริบทของพื้นที่					

รายชื่อทีมตรวจประเมิน

๑.	หัวหน้าทีมตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๒.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๓.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๔.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๕.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๖.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๗.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๘.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๙.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๑๐.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....
๑๑.	ผู้ตรวจประเมิน	ลงชื่อ.....

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
.....
(.....)

สรุปผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ผ่าน (ต้องมีทุกข้อ) ไม่ผ่าน

แนวทางพัฒนา/ปรับปรุงแก้ไข

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

หัวหน้าทีมผู้ตรวจประเมิน

.....
(.....)

รับทราบผลการตรวจประเมิน

.....
(.....)

ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ