**แบบตรวจประเมินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ**

**(ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓)**

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

**ส่วนที่ ๑ รายละเอียดการตรวจประเมิน**

**การตรวจประเมิน**

หน่วยบริการประเมินตนเอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมิน

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

**2.1 รายละเอียดทั่วไป**

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ......................................................................................................................................
ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.......................................................................................................................

รหัสหน่วยบริการ 7 หลัก

สถานที่ตั้ง เลขที่ .........................................หมู่ที่ ............................ ถนน ................................................................
ตำบล/แขวง ............................... อำเภอ/เขต ........................................ จังหวัด......................................................รหัสไปรษณีย์.........................................................................โทรศัพท์.......................................................................

โทรสาร.................................................................อีเมลล์...........................................................................................

ขนาดสถานบริการ......................................................................................................................................................

รหัสสถานบริการ ๕ หลัก

จำนวนประชากรต่อหน่วยบริการ...............................................................................................................................

แยกตามสิทธิประโยชน์ (DBPOP)

 สิทธิ UC จำนวน .......................................คน

 สิทธิข้าราชการ จำนวน .......................................คน

 สิทธิรัฐวิสาหกิจ จำนวน .......................................คน

 สิทธิและกันสังคม จำนวน .......................................คน

สิทธิหน่วยงานรัฐอื่น ระบุ............................................ จำนวน .......................................คน

อื่นๆ โปรดระบุ............................................................. จำนวน .......................................คน

**2.2 สังกัด**

 **รัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

 นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบุกรม ....................................................................

 **รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

 ระบุกระทรวง..............................................................................................................................

สังกัดย่อย....................................................................................................................................

 **เอกชน**

ชื่อบริษัท/เจ้าของกิจการ............................................................................................................

ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานบริการ เลขที่.......................................................................

ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล เลขที่................................................................................

ส่วนที่ ๓ การประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียน หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

| **เกณฑ์การตรวจประเมินหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** | **ผลประเมินตนเอง** | **ผลประเมินจังหวัด** | **สิ่งที่ต้องปรับปรุง** |
| --- | --- | --- | --- |
| **มี** | **ไม่มี** | **มี** | **ไม่มี** |
| **หมวดที่ ๑ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ** |
| 1.1 สถานที่บริการสะอาด ปลอดภัย การจัดบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม |  |  |  |  |  |
| ๑.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี |  |  |  |  |  |
| ๑.๓ มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอต่อประชากรที่เข้ารับบริการ |  |  |  |  |  |
| ๑.๔ มีอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น และถูกจัดไว้ในพื้นที่ที่เหมาะสม  |  |  |  |  |  |
| ๑.๕ มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการ สามารถค้นหาง่าย  |  |  |  |  |  |
| ๑.๖ สถานที่ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพและสารเคมี |  |  |  |  |  |
| ๑.๗ ปลอดภัยและสะดวกต่อการเข้าถึงบริการและการส่งต่อไปยังหน่วยบริการหรือสถานบริการแห่งอื่น |  |  |  |  |  |
| ๑.๘ มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐±๒,๐๐๐ คนหรือตามบริบทของพื้นที่ |  |  |  |  |  |
| **ส่วนที่ ๒ สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น** |
| ๒.๑ มีป้ายบ่งบอกว่าเป็นหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน |  |  |  |  |  |
| ๒.๒ หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีทางเข้าออกที่ชัดเจน  |  |  |  |  |  |
| **ส่วนที่ ๓ มีบุคลากรและศักยภาพที่สามารถให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างน้อย** |
| ๓.๑ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดบริการ เช่น งบประมาณ เวชภัณฑ์ เป็นต้น  |  |  |  |  |  |
| ๓.๒ การดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในพื้นที่ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ |  |  |  |  |  |
| ๓.๓ บริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน |  |  |  |  |  |
| ๓.๔ จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน |  |  |  |  |  |
| ๓.๔ บริการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง  |  |  |  |  |  |
| ๓.๕ บริการควบคุมโรค ป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  |  |  |  |  |  |
| ๓.๖ จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน |  |  |  |  |  |
| ๓.๗ ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีศักยภาพและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว |  |  |  |  |  |
| ๓.๘ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการป้องกันและควบคุมโรคภายในชมชน |  |  |  |  |  |
| **ส่วนที่ ๔ มีเวลาทำการไม่น้อยกว่าแปดชั่วโมงต่อวันเป็นเวลาห้าวันต่อสัปดาห์โดยหากมีการให้บริการนอกเวลาทำการ ต้องจัดให้มีการแจ้งให้ผู้รับบริการในเขตพื้นที่ทราบเป็นการทั่วไป** |
| ๔.๑ มีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน |  |  |  |  |  |
| ๔.๒ มีตารางการปฏิบัติงาน/การให้บริการที่ชัดเจน |  |  |  |  |  |
| **ส่วนที่ ๕ มีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและข้อมูลด้านสุขภาพตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ** |
| ๕.๑ ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก (Application/Line/SMS/Telephone) |  |  |  |  |  |
| ๕.๒ ข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้เข้ารับบริการ |  |  |  |  |  |
| ๕.๓ มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการ  |  |  |  |  |  |
| ๕.๔ มีประวัติการรักษาพยาบาลที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และมีการสำรองข้อมูล |  |  |  |  |  |
| **ส่วนที่ ๖ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีดังนี้** |
| ๖.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน |  |  |  |  |  |
| ๖.๒ มีผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการพดุงครรภ์ จำนวน ๒ คนขึ้นไป |  |  |  |  |  |
| ๖.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป |  |  |  |  |  |

**รายชื่อทีมตรวจประเมิน**

1. ........................................................................ หัวหน้าทีมตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
2. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
3. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
4. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
5. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
6. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
7. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
8. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
9. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
10. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................
11. ........................................................................ ผู้ตรวจประเมิน ลงชื่อ......................................

|  |
| --- |
| ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ |
| .................................................. |
| (..................................................) |
|  |
|  |
|  |

**สรุปผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ**

ผ่าน (ต้องมีทุกข้อ) ไม่ผ่าน

แนวทางพัฒนา/ปรับปรุงแก้ไข

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

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

|  |
| --- |
| หัวหน้าทีมผู้ตรวจประเมิน |
| .................................................. |
| (..................................................) |
|  |
| รับทราบผลการตรวจประเมิน |
| .................................................. |
| (..................................................) |
| ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ |