

## ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงเกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ  
ให้มีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๕ วรรคสอง แห่งข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ  
พ.ศ. ๒๕๖๔ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์  
การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามทีระบุในบัญชีแนบท้าย  
ประกาศนี้

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงานสาขา” หมายความว่า สำนักงานสาขาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของ  
สภาวิชาชีพไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่าง ๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่น  
ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามข้อบังคับคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ  
และเครือข่ายหน่วยบริการ

“เครือข่ายหน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่าย  
หน่วยบริการ

ข้อ ๕ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรักษาการตามประกาศนี้

หมวด ๑

บททั่วไป

ข้อ ๖ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขาใช้เกณฑ์การตรวจประเมินตามประกาศนี้ ตรวจประเมิน  
สถานบริการที่ประสงค์ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการที่รับ  
การส่งต่อทั่วไป หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน แล้วแต่กรณี

ข้อ ๗ ห้ามมิให้สำนักงานรับขึ้นทะเบียนสถานบริการที่ถูกยกเลิกหรือเพิกถอนการขึ้นทะเบียน หรือมีลักษณะต้องห้ามอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลที่สำนักงาน เคยบอกเลิกสัญญาให้บริการสาธารณสุขอันเนื่องจากการกระทำผิดตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

(๒) ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลซึ่งเป็นนิติบุคคล มีกรรมการคนใด คนหนึ่งเคยเป็นกรรมการในนิติบุคคลผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตาม (๑) รวมอยู่ด้วย

(๓) ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลเป็นบุคคลเดียวกันกับผู้ได้รับใบอนุญาต ให้ดำเนินการสถานพยาบาลของสถานพยาบาลที่กระทำผิดตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

กรณีตามวรรคหนึ่ง เมื่อครบระยะเวลา ๒ ปี นับแต่วันที่ถูกยกเลิกหรือถูกเพิกถอนการขึ้นทะเบียน หรือเมื่อคดีถึงที่สุด สำนักงานอาจพิจารณารับขึ้นทะเบียนก็ได้

ข้อ ๘ สถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป แล้วแต่กรณี ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) มีอาคารและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสม ของผู้รับบริการ

(๒) สถานที่ตั้งสถานบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข

(๓) มีศักยภาพในการให้บริการสาธารณสุข

(๔) สามารถเปิดให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ ตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต

(๕) มีระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขที่เหมาะสมต่อการตรวจสอบคุณภาพและบริการ รวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

(๖) มีบุคลากรปฏิบัติงานในสถานบริการที่เหมาะสมในการให้บริการ

นอกจากการพิจารณาตามเกณฑ์ในวรรคหนึ่งแล้ว ให้พิจารณาตามเกณฑ์การตรวจประเมิน ตามประเภทที่ขอขึ้นทะเบียนในหมวด ๒ หมวด ๓ หรือหมวด ๔ ด้วย

ข้อ ๙ การขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ ให้สถานบริการส่งข้อมูลพื้นฐานและแสดงผล การดำเนินงาน เพื่อประกอบการพิจารณาตรวจประเมินตามประกาศนี้ด้วย

#### หมวด ๒

เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ

ข้อ ๑๐ สถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) สามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถจัดบริการด้านเวชกรรมด้วยตนเอง

(๒) สามารถจัดบริการสาธารณสุขในลักษณะเครือข่ายหน่วยบริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

ทั้งนี้ เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบตรวจประเมินแนบท้ายประกาศนี้ด้วย

#### หมวด ๓

#### เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

ข้อ ๑๑ สถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องเป็นไปตามเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นสถานบริการที่มีลักษณะตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เกี่ยวกับลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในกรณีที่สถานบริการตาม (๑) ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือมีไม่เพียงพอ สถานบริการดังกล่าวจะต้องจัดให้มีแพทย์อื่นซึ่งมีคุณสมบัติตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิว่าด้วยการกำหนดให้แพทย์อื่นทำหน้าที่ดูแลผู้รับบริการแทนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยในระหว่างระยะเวลาดังกล่าวจะต้องจัดให้มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ

(๒) เป็นสถานบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยให้ได้รับยกเว้นไม่ต้องตรวจประเมินตามข้อ ๘

ทั้งนี้ เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบตรวจประเมินแนบท้ายประกาศนี้ด้วย

#### หมวด ๔

#### เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

ข้อ ๑๒ สถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปต้องเป็นสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐและสภากาชาดไทย ซึ่งได้รับการรับรองหรือประกาศจากหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับเป็นสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และเป็นไปตามเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(๑) สถานบริการที่เข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Healthcare Accreditation : HA) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือได้รับการรับรองตามมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล (Joint Commission International : JCI) หรือผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA) โดยให้ได้รับยกเว้นไม่ต้องตรวจประเมินตามข้อ ๘

(๒) สถานบริการที่มีกระบวนการบริหารจัดการด้านคุณภาพในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ทั้งนี้ เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบตรวจประเมินแนบท้ายประกาศนี้ด้วย

#### หมวด ๕

เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

ข้อ ๑๓ หน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ของสถานบริการแต่ละประเภท ดังต่อไปนี้

(๑) กรณีสถานบริการของรัฐ ต้องเป็นสถานพยาบาลของรัฐและสภากาชาดไทยที่ได้รับการอนุญาตหรือการรับรองจากหน่วยงานของรัฐ หรือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับ

(๒) กรณีสถานบริการเอกชน ต้องเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือเป็นสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีลักษณะเป็นการจัดสวัสดิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม การป้องกันโรค หรือการรักษาพยาบาลให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งดำเนินการโดยนายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานอันได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(๓) กรณีสถานบริการอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม ต้องประกอบด้วยเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(ก) เป็นองค์กรหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มีการดำเนินงานการให้บริการสาธารณสุข และไม่ได้อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

(ข) เป็นองค์กรหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มีผลการดำเนินงานในด้านสาธารณสุข และได้รับการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

(ค) มีบุคลากรที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือเป็นผู้มีประสบการณ์และได้รับรองสมรรถนะจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง หรือมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริการ หรือกิจกรรมที่จะจัดบริการ

(๔) กรณีสถานที่ขยายแผนปัจจุบัน ต้องเป็นสถานที่ขยายซึ่งผู้รับอนุญาตขยายแผนปัจจุบันได้รับอนุญาตให้ขยายแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา

ทั้งนี้ เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบตรวจประเมินแนบท้ายประกาศนี้ด้วย

ข้อ ๑๔ เพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นหรือในกรณีที่มีหน่วยบริการไม่เพียงพอ สำนักงานอาจรับขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านที่นอกเหนือจากข้อ ๑๓ เพิ่มเติมได้ โดยประเมินจากศักยภาพของการให้บริการเฉพาะด้านของสถานบริการ ทั้งนี้ แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการให้เป็นไปตามแบบประเมินแนบท้ายประกาศนี้

#### บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๕ คำขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการแต่ละประเภทที่ได้ยื่นไว้ก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และยังอยู่ในระหว่างการตรวจประเมินของสำนักงานหรือสำนักงานสาขา แล้วแต่กรณี ให้ถือว่าเป็นคำขอขึ้นทะเบียนที่สำนักงานหรือสำนักงานสาขาต้องตรวจประเมินตามประกาศนี้ ในกรณีที่คำขอที่ยื่นไว้นั้นมีข้อแตกต่างไปจากคำขอตามประกาศนี้ ให้สำนักงานหรือสำนักงานสาขามีอำนาจสั่งให้แก้ไขเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็น

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

จเด็จ ธรรมธัชอารี

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บัญชีแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๖  
ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘
๒. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘
๓. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการร่วมให้บริการด้านเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๘ ลงวันที่ ๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘
๔. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
๕. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๙
๖. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (Hematopoietic Stem Cell Transplantation: HSCT) พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐
๗. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ พ.ศ. ๒๕๖๐ ลงวันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐
๘. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑
๙. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๑๐. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕
๑๑. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๒๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
๑๒. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑
๑๓. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

๑๔. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยวิธีการผ่าตัด พ.ศ. ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
๑๕. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการโรงพยาบาลสนาม เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๓ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔
๑๖. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. ๒๕๖๔ ลงวันที่ ๓ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



## แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

### ข้อมูลประกอบการตรวจประเมิน

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
<b>๑. เป็นสถานบริการที่ไม่มีลักษณะต้องห้าม</b>		
<b>๒. มีอาคารและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ</b>		
๒.๑ สถานที่บริการสะอาด ปลอดภัย การจัดการบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม		
๒.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี		
๒.๓ มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอต่อประชากรที่เข้ารับบริการ		
๒.๔ มีอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น และถูกจัดไว้ในพื้นที่ที่เหมาะสม		
๒.๕ มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการสามารถค้นหาง่าย		
๒.๖ สถานที่ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพและสารเคมี		
๒.๗ มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชากรผู้มีสิทธิ UC ของหน่วยบริการ หรือตามบริบทของพื้นที่		
<b>๓. สถานที่ตั้งสถานบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข</b>		
๓.๑ มีป้ายบ่งบอกว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน		
๓.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีทางเข้าออกที่ชัดเจน		
<b>๔. มีศักยภาพในการให้บริการสาธารณสุข</b>		
๔.๑ การดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในพื้นที่ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ		
๔.๒ บริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน		
๔.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง		
๔.๔ บริการป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง		
๔.๕ บริการเภสัชกรรมโดยตนเองหรือโดยเครือข่ายหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม		
๔.๖ บริการทันตกรรมโดยตนเองหรือโดยเครือข่ายหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม		



เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔.๗ บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โดยตนเองหรือโดยเครือข่ายหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์		
๔.๘ จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน		
๔.๙ ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีศักยภาพและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว		
๔.๑๐ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย ในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการป้องกันและควบคุมโรคภายในชุมชน		
<b>๕. สามารถเปิดให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ ตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต</b>		
๕.๑ มีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน		
๕.๒ หน่วยบริการประจำและหรือหน่วยบริการในเครือข่ายเปิดบริการทุกวัน และ ๕๖ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และแจ้งให้ประชาชนผู้มีสิทธิทราบ		
<b>๖. มีระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขที่เหมาะสมในการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุข</b>		
๖.๑ ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก (Application/Line/SMS/Telephone)		
๖.๒ ข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้เข้ารับบริการ		
๖.๓ มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการ		
๖.๔ มีประวัติการรักษาพยาบาลที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีการสำรองข้อมูล		
<b>๗. มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการที่เหมาะสมในการให้บริการ</b>		
๗.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์อื่น อย่างน้อย ๑ คน ต่อประชากรไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ คน		
๗.๒ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๒ คนขึ้นไป ต่อประชากรไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ คน		
๗.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป ต่อประชากรไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ คน		
๗.๔ เภสัชกร อย่างน้อย ๑ คน หรือจัดเครือข่ายกับหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเภสัชกรรม		
๗.๕ นักกายภาพบำบัด อย่างน้อย ๑ คน หรือจัดเครือข่ายกับหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านกายภาพบำบัด		
๗.๖ ทันตแพทย์ อย่างน้อย ๑ คน หรือจัดเครือข่ายกับหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านทันตกรรม		
๗.๗ นักเทคนิคการแพทย์อย่างน้อย ๑ คน หรือจัดเครือข่ายกับหน่วยบริการ ที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเทคนิคการแพทย์		

สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต หรือคณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ

ได้พิจารณาและตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของ  
สถานบริการแล้ว ปรากฏว่า.....

แนวทางการพัฒนา/ปรับปรุง และความเห็นเพิ่มเติม

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

ลงชื่อ.....

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช.)

วันที่.....



## แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

เป็นสถานบริการที่มีลักษณะตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เกี่ยวกับลักษณะของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียนและการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
<b>๑. เป็นสถานบริการที่ไม่มีลักษณะต้องห้าม</b>		
<b>๒. มีอาคารและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ</b>		
๒.๑ สถานที่บริการสะอาด ปลอดภัย การจัดการบริการแต่ละด้านแยกเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม		
๒.๒ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้ดี		
๒.๓ มีพื้นที่ให้บริการเพียงพอต่อประชากรที่เข้ารับบริการ		
๒.๔ มีอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ที่จำเป็น และถูกจัดไว้ในพื้นที่ที่เหมาะสม		
๒.๕ มีตู้/อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับเก็บประวัติผู้มารับบริการสามารถค้นหาง่าย		
๒.๖ สถานที่ปลอดภัยต่อผู้ให้บริการ/ผู้รับบริการ ทั้งด้านกายภาพและสารเคมี		
๒.๗ มีพื้นที่รับผิดชอบ ดูแลประชากรผู้มีสิทธิ UC ของหน่วยบริการ หรือตามบริบทของพื้นที่ หรือตามบริบทของพื้นที่		
<b>๓. สถานที่ตั้งสถานบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข</b>		
๓.๑ มีป้ายบ่งบอกว่าเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน		
๓.๒ หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีทางเข้าออกที่ชัดเจน		
<b>๔. มีศักยภาพในการให้บริการสาธารณสุข</b>		
๔.๑ การดูแลสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในพื้นที่ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ		
๔.๒ บริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน		
๔.๓ บริการสร้างเสริมสุขภาพและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง		
๔.๔ บริการป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่อง		
๔.๕ จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาวและบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน		

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๔.๖ ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่มีศักยภาพและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว		
๔.๗ ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการป้องกันและควบคุมโรคภายในชุมชน		
<b>๕. สามารถเปิดให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ ตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต</b>		
๕.๑ มีป้ายแจ้งเวลาทำการ เปิด-ปิด ที่ชัดเจน		
๕.๒ ระยะเวลาเปิดบริการตามกำหนด		
<b>๖. มีระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขที่เหมาะสมในการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</b>		
๖.๑ ระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวก (Application/Line/SMS/Telephone)		
๖.๒ ข้อมูลการส่งต่อ-รับกลับของผู้เข้ารับบริการ		
๖.๓ มีการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการ		
๖.๔ มีประวัติการรักษาพยาบาลที่เป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีการสำรองข้อมูล		
<b>๗. มีบุคลากรปฏิบัติงานในสถานบริการที่เหมาะสมในการให้บริการ</b>		
๗.๑ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน หรือแพทย์อื่นต่อประชากรไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ คน		
๗.๒ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๒ คนขึ้นไป ต่อประชากรไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ คน		
๗.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน จำนวน ๒ คนขึ้นไป ต่อประชากรไม่เกิน ๑๒,๐๐๐ คน		

เป็นสถานบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำหรับเจ้าหน้าที่ สปสช./สปสช.เขต หรือคณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของ  
สถานบริการแล้ว ปรากฏว่า.....

แนวทางการพัฒนา/ปรับปรุง และความเห็นเพิ่มเติม

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

ลงชื่อ.....

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช.)

วันที่.....



## แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

### เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

สถานบริการที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไปต้องเป็นสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐและสภาวิชาชีพ ซึ่งได้รับการรับรองหรือประกาศจากหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับเป็นสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Healthcare Accreditation : HA) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือได้รับการรับรองตามมาตรฐานสถานพยาบาลระดับสากล (Joint Commission International : JCI) หรือผ่านเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award : TQA)

สำหรับสถานบริการที่ยังไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาล ต้องมีกระบวนการบริหารจัดการด้านคุณภาพในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ดังนี้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑. เป็นสถานบริการที่ไม่มีลักษณะต้องห้าม		
๒. เป็นสถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน		
๓. มีอาคารและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสาธารณสุข		
๓.๑ มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับ คนพิการ ผู้สูงอายุ หรือผู้มีอุปสรรคอื่นในการเข้ารับบริการ		
๓.๒ มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วนเหมาะสมกับการจัดบริการในแต่ละแผนกการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานและเกณฑ์การบริการนั้น ๆ		
๓.๓ มีระบบการป้องกันและเตรียมความพร้อมด้านอัคคีภัย หรือภัยธรรมชาติ และระบบการดูแลความปลอดภัยด้านชีวิตและทรัพย์สินที่เพียงพอและเหมาะสม		
๔. สถานที่ตั้งสถานบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุข		
๕. มีศักยภาพในการให้บริการสาธารณสุข		
๕.๑ บริการอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ		
๕.๒ บริการผู้ป่วยนอก		

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ผลการประเมิน	
	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๕.๓ บริการผู้ป่วยใน		
๕.๔ บริการด้านเภสัชกรรม		
๕.๕ บริการด้านทางห้องปฏิบัติการ		
๕.๖ บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค		
๖. สามารถเปิดให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ ตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต		
<b>๗. มีระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขที่เหมาะสมในการตรวจสอบคุณภาพและบริการรวมทั้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข</b>		
๗.๑ มีระบบเวชระเบียนที่ได้มาตรฐานและมีเวชระเบียนพร้อมให้สำนักงานตรวจสอบ		
๗.๒ มีระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมต่อ เข้าถึง และส่งข้อมูลตามที่สำนักงานกำหนด		
<b>๘. มีบุคลากรที่มีสมรรถนะและจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานในสถานบริการที่เหมาะสมในการให้บริการ</b>		
๘.๑ ประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานวิชาชีพกำหนด หรือตามที่กฎหมายกำหนดตามประเภทสถานบริการ		
๘.๒ จำนวนผู้ประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือตามที่กฎหมายกำหนดตามประเภทสถานบริการ		
<b>๙. มีกระบวนการบริหารจัดการด้านคุณภาพในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล</b>		
๙.๑ การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย		
๙.๒ การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
๙.๓ การจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
๙.๔ ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
๙.๕ ระบบเวชระเบียน		
๙.๖ ระบบการจัดการด้านยา		
๙.๗ การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง		
๙.๘ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
๙.๙ การทำงานกับชุมชน		

สำหรับเจ้าหน้าที่สปสช./สปสช.เขต หรือ คณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการ

ได้พิจารณา และตรวจสอบเอกสารหลักฐานแสดงศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการของ  
สถานบริการแล้ว ปรากฏว่า.....

แนวทางการพัฒนา/ปรับปรุง และความเห็นเพิ่มเติม

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

ลงชื่อ.....

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช.)

วันที่.....





แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

เกณฑ์การตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านเป็นไปตามเกณฑ์แต่ละประเภท ดังนี้

เกณฑ์การตรวจประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
๑. สถานพยาบาลของรัฐและสภาวิชาชีพไทยที่ได้รับการอนุญาตหรือการรับรองจากหน่วยงานของรัฐ หรือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับ		
๒. สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือเป็นสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีลักษณะเป็นการจัดสวัสดิการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม การป้องกันโรค หรือการรักษาพยาบาลให้แก่เจ้าหน้าที่ พนักงาน ลูกจ้าง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งดำเนินการโดยนายจ้างตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานอันได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล		
๓. สถานบริการอื่นที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติมต้องประกอบด้วยเกณฑ์ ดังต่อไปนี้		
๓.๑ เป็นองค์กรหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มีการดำเนินงานการให้บริการสาธารณสุข และไม่ได้อยู่ภายใต้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล		
๓.๒ เป็นองค์กรหรือหน่วยงานภาคเอกชนที่มีผลการดำเนินงานในด้านสาธารณสุข และได้รับการรับรองจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง		
๓.๓ มีบุคลากรที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือมีประสบการณ์และได้รับรองสมรรถนะจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง หรือมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริการ หรือกิจกรรมที่จะจัดบริการ		
๔. สถานที่ขยายยาแผนปัจจุบันต้องเป็นสถานที่ขยายยาซึ่งผู้รับอนุญาตขยายยาแผนปัจจุบันได้รับอนุญาตให้ขยายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา		

ลงชื่อ.....

(.....)

(เจ้าหน้าที่ สปสช.)

วันที่.....



แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน  
รังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

วัน เดือน ปี ที่เปิดให้บริการด้านรังสีรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง.....

๑. มาตรฐานด้านสถานที่และอุปกรณ์

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑.๑	มีห้องจำลองการฉายรังสีและห้องควบคุม ที่ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ ห้อง			
๑.๒	มีห้องฉายรังสีระยะไกลและห้องห้องควบคุม ที่ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ ห้อง			
๑.๓	มีห้องให้รังสีระยะใกล้และมีห้องใส่เครื่องมือรังสีระยะใกล้ ที่ผ่านมาตรฐานความปลอดภัยทางรังสี จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ ห้อง (หากไม่มีต้องมีระบบการประสานส่งต่อ กรณีที่มีผู้ป่วยต้องรับการรักษารังสีระยะใกล้)			
๑.๔	มีห้องวางแผนทางฟิสิกส์รังสีรักษา จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ ห้อง			
๑.๕	มีห้องคอมพิวเตอร์ควบคุมระบบและห้องเก็บเครื่องมือ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ ห้อง			
๑.๖	มีห้องตรวจผู้ป่วยนอก เป็นไปตามมาตรฐาน			
๑.๗	มี CT simulator หรือเทียบเท่า หรือ conventional simulator อย่างน้อย ๑ เครื่อง			
๑.๘	มีเครื่อง LINAC with MLC (photon and electron beam) อย่างน้อย ๑ เครื่อง			
๑.๙	มีเครื่อง High dose rate brachytherapy system (หากมีบริการ)			
๑.๑๐	มีชุดอุปกรณ์เครื่องวัดและควบคุมคุณภาพรังสี QA verification ตามเทคนิคการฉายรังสี			
๑.๑๑	มีระบบคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลทางฟิสิกส์รังสีรักษา			

## ๒. มาตรฐานด้านบุคลากร

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๒.๑	มีแพทย์รังสีรักษาที่สามารถให้บริการและคำปรึกษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ			
๒.๒	มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็นวิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาฟิสิกส์การแพทย์ที่สามารถให้บริการ ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ อย่างน้อย ๑ คน ต่อหน่วยบริการ			
๒.๓	มีนักรังสีการแพทย์ ซึ่งได้รับวุฒิการศึกษาเป็นวิทยาศาสตร์ บัณฑิต สาขารังสีเทคนิค ปฏิบัติงานทางรังสีรักษา ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการ ดังนี้ - อย่างน้อย ๒ คน ต่อ การจำลองการฉายรังสี (conventional /CT/MRI- simulator และ C-Am) - อย่างน้อย ๒ คน ต่อ การฉายรังสีเทคนิค 2D, 3D-CRT - อย่างน้อย ๓ คน ต่อ การฉายรังสีเทคนิค IMRT, VMAT, SRS/SRT/SBRT หรือสูงกว่า			
๒.๔	มีพยาบาลรังสีรักษาผ่านการอบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง หรือหลักสูตรการพยาบาลรังสีวิทยา ๔ เดือน ต่อหน่วยบริการ จำนวนอย่างน้อย ๒ คน			
<p><b>หมายเหตุ</b> กรณีที่หน่วยบริการมีบุคลากรตามลำดับที่ ๒.๒ และ ๒.๓ ซึ่งไม่อาจปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการได้ ครบตามจำนวน หน่วยบริการนั้น ต้องจัดให้มีบุคลากรปฏิบัติไม่เต็มเวลาดทดแทนบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลา ราชการ โดยนับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาจำนวนสองคนที่ปฏิบัติงานจริงรวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดหนึ่งร้อยหกสิบ ชั่วโมงต่อเดือน เท่ากับบุคลากรปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาราชการจำนวนหนึ่งคน</p>				

## ๓. การรับรองคุณภาพ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
๓.๑	ผ่านการรับรองหรืออยู่ระหว่างการขอรับรองมาตรฐาน คุณภาพสถานบริการทั้งระบบ จากมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2015 หรือ TQA หรือ มาตรฐานอื่น ๆ ที่ได้รับรอง จาก ISQua			

๔. ความเห็นของผู้ประเมิน

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

๕. ข้อเสนอแนะ

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

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
วันที่.....



แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน  
การรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

วัน เดือน ปี ที่เปิดให้บริการด้านการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยวิธีการผ่าตัด.....

ศักยภาพของหน่วยบริการที่สามารถทำได้ (ระบุได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- Closed Heart Surgery
- Valvular Heart Surgery
- Coronary Artery Bypass Graft (CABG)
- Congenital Heart Surgery (Simple)
- Complex Congenital Heart Surgery
- Thoracic Aortic Surgery

๑. มาตรฐานด้านสถานที่และอุปกรณ์

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑.๑	<b>ห้องผ่าตัด</b>			
	<b>๑.๑.๑ สถานที่</b>			
	๑) มีขนาดไม่น้อยกว่า ๔๘ ตารางเมตร			ทั้งนี้ ขึ้นกับดุลพินิจของ คณะกรรมการฯ ตรวจประเมิน
	๒) มีระบบการกรองอากาศในห้องผ่าตัด ที่เป็นการไหล แบบราบเรียบหรือสม่ำเสมอ (Laminar Flow) พร้อมฟิลเตอร์กรองอากาศสำหรับห้องสะอาด (High Efficiency Particulate Air Filters : HEPA Filter)			
	๓) มีห้องผ่าตัดสามารถทำการผ่าตัดหัวใจ ได้อย่างปลอดภัย			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือ อุปกรณ์มาตรฐาน สำหรับห้องผ่าตัด <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบ ความพร้อมและใช้งาน สม่ำเสมอ
๔) ตั้งอยู่ในบริเวณที่ใกล้เคียงหอผู้ป่วยวิกฤต หรือสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยัง หอผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างปลอดภัย			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือ อุปกรณ์มาตรฐาน สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วย วิกฤตได้อย่างปลอดภัย	

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
<b>๑.๑.๒ อุปกรณ์</b>				
	๑) เครื่องดมยาสลบรวมทั้งเครื่องช่วยหายใจที่สามารถใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจได้อย่างปลอดภัย อย่างน้อย ๒ เครื่อง			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือ อุปกรณ์มาตรฐานสำหรับห้องผ่าตัด <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๒) ชุดเครื่องมือผ่าตัดที่สามารถเปิดผ่าตัดหัวใจ (Open Heart Surgery) อย่างน้อย ๒ ชุด			
	๓) เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Heart-Lung Machine) พร้อม Heater – Cooler ประจำห้องผ่าตัดและสามารถใช้งานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง  <b>** ประเมินเฉพาะหน่วยบริการที่ทำผ่าตัดหัวใจผู้ใหญ่ **</b>			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละครั้ง โดยนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
	๔) เครื่องติดตามตรวจสอบสัญญาณชีพ (Monitor) ตลอดเวลาการผ่าตัด			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๕) เครื่องวัดความแข็งตัวของเลือด (Activated Clotting Time : ACT)			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๖) มีเครื่องตรวจ Blood Gas Analysis (ABG) และสามารถส่งตรวจได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๗) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator) แบบ Internal ประจำห้องผ่าตัดขณะผ่าตัดหัวใจ และมี paddle หลายขนาด			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๘) เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบชั่วคราว (Temporary Pacemaker)			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
				<input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๙) เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-Aortic Balloon Pump : IABP) หรือเครื่อง Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๑๐) เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงชนิดเคลื่อนที่ได้ (Echocardiogram) และต้องมี Transesophageal Echocardiography (TEE) สามารถใช้ร่วมกับแผนกอื่นได้			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๑๑) เครื่องติดตามตรวจสอบสัญญาณชีพขณะขนย้ายผู้ป่วย (Transfer Monitor)			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๑๒) เฉพาะในกรณีผ่าตัด Complex Aortic Arch Surgery <b>แนะนำ</b> ให้มีเครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในเนื้อเยื่อสมองเช่น Near Infrared Spectroscopy (NIRS)*			*เป็นข้อแนะนำไม่คิดคะแนนในข้อนี้
<b>๑.๒</b>	<b>หอผู้ป่วยวิกฤต</b>			
	<b>๑.๒.๑ สถานที่</b>			
	๑) มีเตียงรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจอย่างน้อย ๒ เตียง ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอกและหลอดเลือด (ICU-CVT) หรือหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด (CCU) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit : ICU)			
	<b>๑.๒.๒ อุปกรณ์</b>			
	๑) เครื่องติดตามตรวจสอบสัญญาณชีพ (Monitor) ประจำเตียงผู้ป่วย			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๒) เครื่องพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-Aortic Balloon Pump : IABP) หรือเครื่อง Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๓) เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator) แบบ External			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๔) เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจแบบชั่วคราว (Temporary Pacemaker)			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๕) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอิเล็กทรอนิกส์ (ECG) กราฟ (ECG)			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๖) เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง ชนิดเคลื่อนที่ได้ (Echocardiogram) สามารถใช้ร่วมกับแผนกอื่นได้			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
	๗) ชุดเครื่องมือผ่าตัดเปิดทรวงอก ในกรณีฉุกเฉิน			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
๑.๓	<b>หอผู้ป่วยทั่วไป</b>			
	<b>๑.๓.๑ สถานที่</b>			
	๑) มีเตียงรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ระบุไว้อย่างชัดเจนอย่างน้อย ๔ เตียง			
	<b>๑.๓.๒ อุปกรณ์</b>			
	๑) เครื่องติดตามตรวจสอบสัญญาณชีพ (Monitor) ประจำเตียงผู้ป่วย			<input type="checkbox"/> มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งาน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง <input type="checkbox"/> มีหลักฐานการตรวจสอบความพร้อมและใช้งานสม่ำเสมอ
๑.๔	<b>สถานที่และอุปกรณ์อื่น</b>			
	๑.๔.๑ หน่วยบริการมีห้องสวนหัวใจ กรณีหน่วยบริการที่ไม่มีห้องสวนหัวใจ ต้องมีหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านการทำหัตถการรักษาโรค			กรณีไม่มีห้องสวนหัวใจ โปรดระบุหน่วยบริการที่รับส่งต่อ



ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	หลุดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนรองรับสำหรับการส่งต่อ ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้			กรณีสวนหัวใจ ..... .....
	๑.๔.๒ มีคลังเลือดที่สำรอง Blood Component อย่างเพียงพอสำหรับการทำผ่าตัดหัวใจ			
	๑.๔.๓ สามารถตรวจวินิจฉัยทางรังสีทั่วไป ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			
	๑.๔.๔ มีการให้บริการบำบัดทดแทนไต			หมายรวมถึงบริการ CRRT หรือ HD หรือ CAPD

๒. มาตรฐานด้านบุคลากร

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๒.๑	<b>ศัลยแพทย์ทรวงอก (Cardiovascular and Thoracic Surgeon: CVT)</b>			
	๒.๑.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) อย่างน้อย ๑ คน โดยปฏิบัติงานประจำได้เพียงหน่วยบริการเดียว และปฏิบัติงานในเวลากลางวัน จำนวน ๕ วัน ครบ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์			<ul style="list-style-type: none"> <li>- พิจารณาจากหลักฐานตารางการปฏิบัติงาน</li> <li>- พิจารณาจากเอกสารรับรองการเป็นแพทย์ประจำ (Full time) จาก HR หรือผู้มีอำนาจ</li> <li>- หน่วยบริการภาครัฐ หากเป็นลูกจ้างต้องมีสัญญาจ้าง</li> <li>- หน่วยบริการภาคเอกชน พนักงานต้องมีสัญญาจ้าง</li> </ul>
	๒.๑.๒ ให้มีแพทย์พร้อมปฏิบัติงานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			
	๒.๑.๓ ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอกจากแพทยสภา			
	๒.๑.๔ กรณีแพทย์ผู้จบการศึกษาจากสถาบันต่างประเทศจะต้องได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยความเห็นชอบของแพทยสภา <u>หากไม่มีแพทย์ที่จบจากสถาบันต่างประเทศ</u> <u>ไม่ต้องประเมินข้อนี้</u>			<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> มีหลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ</li> <li><input type="checkbox"/> มีหลักฐานแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก จากสถาบันต่างประเทศ</li> <li><input type="checkbox"/> มีหนังสือรับรองจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย โดยความเห็นชอบของแพทยสภา</li> </ul>

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๒.๑.๕ เป็นแพทย์ที่ทำหัตถการผ่าตัดหัวใจ อย่างสม่ำเสมอ (Active Surgeon) โดยมีการผ่าตัดหัวใจหรือช่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวนอย่างน้อย ๒๐ รายต่อปี			
	๒.๑.๖ กรณีแพทย์มีประสบการณ์การผ่าตัดหัวใจ โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมน้อยกว่า ๕๐๐ ราย ต้องมีผู้ควบคุมดูแลการดำเนินการด้านการผ่าตัด หัวใจ (Cardiac Surgery Supervisor) ซึ่งมีประสบการณ์การผ่าตัดหัวใจ โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสมมากกว่า ๕๐๐ ราย ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการทำหัตถการของแพทย์ ผู้ทำหัตถการ <b>โปรดระบุชื่อแพทย์ Cardiac Surgery Supervisor</b> .....			กรณีแพทย์ CVT full time มีจำนวนประสบการณ์ผู้ป่วยสะสม มากกว่า ๕๐๐ ราย <b>ไม่ต้องระบุชื่อนี้</b>
	๒.๑.๗ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงแพทย์ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) ต้องแจ้งให้สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติทราบภายใน ๗ วัน			
	๒.๑.๘ แพทย์ปฏิบัติงานนอกเวลา (Part-time) ต้องปฏิบัติงานไม่ซ้ำซ้อนกัน ในวันและเวลา เดียวกัน มีการระบุเวลาการปฏิบัติงานที่แน่นอน สามารถตรวจสอบได้			
<b>๒.๒</b>	<b>อายุรแพทย์โรคหัวใจ (Cardiologist)</b>			
	๒.๒.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) อย่างน้อย ๑ คน โดยปฏิบัติงานประจำได้เพียงหน่วยบริการเดียว และปฏิบัติงานในเวลากลางวัน จำนวน ๕ วัน ครบ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์			- พิจารณาจากหลักฐานตาราง การปฏิบัติงาน - พิจารณาจากเอกสารรับรองการ เป็นแพทย์ประจำ (Full time) จาก HR หรือผู้มีอำนาจ - หน่วยบริการภาครัฐ หากเป็น ลูกจ้างต้องมีสัญญาจ้าง - หน่วยบริการภาคเอกชน พนักงานต้องมีสัญญาจ้าง
	๒.๒.๒ ให้มีอายุรแพทย์โรคหัวใจพร้อมปฏิบัติงานได้ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			
	๒.๒.๓ ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ			
	๒.๒.๔ ให้มีระบบการปรึกษาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างอายุรแพทย์โรคหัวใจ แพทย์ชันสูตร			- พิจารณาจากเอกสารหลักฐาน

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	หัวใจและหลอดเลือด และศัลยแพทย์ทรวงอก (Heart Team Conference) เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเสี่ยงและการรักษาทางเลือกอื่น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง			
<b>๒.๓</b>	<b>วิสัญญีแพทย์ (Anesthesiologist)</b>			
	๒.๓.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) อย่างน้อย ๑ คน โดยปฏิบัติงานประจำได้เพียงหน่วยบริการเดียว และปฏิบัติงานในเวลากลางวัน จำนวน ๕ วัน ครบ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์			- พิจารณาจากหลักฐานตารางการปฏิบัติงาน - พิจารณาจากเอกสารรับรองการเป็นแพทย์ประจำ (Full time) จาก HR หรือผู้มีอำนาจ
	๒.๓.๒ สามารถให้บริการร่วมทีมผ่าตัดหัวใจได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			
	๒.๓.๓ ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก <b>หรือ</b> ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาวิสัญญีวิทยาที่มีหนังสือรับรองว่าผ่านการอบรมดูงานด้านวิสัญญีวิทยา สำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก จากสถาบันฝึกอบรมที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง			<input type="checkbox"/> วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก <input type="checkbox"/> วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาวิสัญญีวิทยาที่มีหนังสือรับรองว่าผ่านการอบรมดูงานด้านวิสัญญีวิทยา สำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก
	๒.๓.๔ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวิสัญญีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) ต้องแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบภายใน ๗ วัน			
<b>๒.๔</b>	<b>กุมารแพทย์โรคหัวใจ (Pediatric Cardiologist) (ในกรณีที่มีการผ่าตัดหัวใจในเด็ก)</b>			
	๒.๔.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) อย่างน้อย ๑ คน โดยปฏิบัติงานประจำได้เพียงหน่วยบริการเดียว และปฏิบัติงานในเวลากลางวัน จำนวน ๕ วัน ครบ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์			- พิจารณาจากหลักฐานตารางการปฏิบัติงาน - พิจารณาจากเอกสารรับรองการเป็นแพทย์ประจำ (Full time) จาก HR หรือผู้มีอำนาจ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๒.๔.๒ ให้มีแพทย์พร้อมปฏิบัติงานได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			
	๒.๔.๓ ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ			
	๒.๔.๔ ในกรณีที่ไม่มีกุมารแพทย์โรคหัวใจปฏิบัติงานประจำ (Full Time) ต้องมีกุมารแพทย์โรคหัวใจที่ปรึกษา (Pediatric Cardiologist Supervisor) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และต้องแสดงหลักฐานของการมีระบบการดูแลรักษา ได้แก่ ระบบการปรึกษา ระบบการส่งต่อ และระบบที่แสดงให้เห็นถึงการรักษาที่มีความปลอดภัยเพียงพอ <u>โปรดระบุชื่อแพทย์ Pediatric Cardiologist Supervisor</u> .....			กรณีมี Pediatric Cardiologist Full time <b>ไม่ต้องระบุข้อนี้</b>
	๒.๔.๕ ให้มีระบบการปรึกษาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างกุมารแพทย์โรคหัวใจ และศัลยแพทย์ทรวงอก (Heart Team Conference) เพื่อประเมินความเหมาะสม ความเสี่ยง และการรักษาทางเลือกอื่น โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง			- พิจารณาจากเอกสารหลักฐาน
<b>๒.๕</b>	<b>นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (Perfusionist)</b>			
	๒.๕.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) อย่างน้อย ๑ คน โดยปฏิบัติงานประจำได้เพียงหน่วยบริการเดียว และปฏิบัติงานในเวลากลางวัน จำนวน ๕ วัน ครบ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์			- พิจารณาจากหลักฐานตารางการปฏิบัติงาน - พิจารณาจากเอกสารรับรองการเป็นแพทย์ประจำ (Full time) จาก HR หรือผู้มีอำนาจ - หน่วยบริการภาครัฐ หากเป็นลูกจ้างต้องมีสัญญาจ้าง - หน่วยบริการภาคเอกชน พนักงานต้องมีสัญญาจ้าง
	๒.๕.๒ สามารถให้บริการร่วมทีมผ่าตัดหัวใจได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยการผ่าตัดทุกครั้งต้องมีนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกอย่างน้อย ๒ คน ประกอบด้วย Full Time อย่างน้อย ๑ คน และ Full Time / Part-time อีก ๑ คน			
	๒.๕.๓ มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๒.๕.๔ เป็นนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ (Active Perfusionist) โดยมีการปฏิบัติงานหลัก ด้านการผ่าตัดหัวใจ จำนวนอย่างน้อย ๕๐ รายต่อปี			
	๒.๕.๕ กรณีนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก มีประสบการณ์การปฏิบัติงานหลัก ด้านการผ่าตัดหัวใจ โดยมีจำนวนผู้ป่วยสะสม น้อยกว่า ๒๐๐ ราย ต้องมีผู้ควบคุมดูแล นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (Perfusionist Supervisor) <b>โปรดระบุชื่อ Perfusionist Supervisor</b> ..... .....			กรณี Perfusionist full time มีจำนวนประสบการณ์ผู้ป่วยสะสม มากกว่า ๒๐๐ ราย <b>ไม่ต้องระบุข้อนี้</b>
	๒.๕.๖ ในกรณีที่มีการใช้เครื่อง Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) ในห้องผ่าตัด หรือ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทรวงอก และหลอดเลือด หรือ หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และหลอดเลือด หรือ หอผู้ป่วยวิกฤต หรือ หอผู้ป่วยทั่วไป ต้องมีนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกประจำเครื่องดังกล่าว ในสัดส่วน ๑ คน ต่อ ๑ เครื่อง			
	๒.๕.๗ คุณสมบัติของผู้ควบคุมดูแลนักเทคโนโลยีหัวใจ และทรวงอก (Perfusionist Supervisor) ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพมา ไม่น้อยกว่า ๕ ปี มีจำนวนการปฏิบัติงานสะสม อย่างน้อย ๕๐๐ ราย และเป็น Active Perfusionist			กรณีข้อ ๒.๕.๕ ระบุ “มี” <b>จำเป็นต้องประเมินข้อนี้</b> <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ มาไม่น้อยกว่า ๕ ปี <input type="checkbox"/> จำนวนการปฏิบัติงานสะสม อย่างน้อย ๕๐๐ ราย <input type="checkbox"/> เป็น Active Perfusionist
	๒.๕.๘ กรณีมีการเปลี่ยนแปลงนักเทคโนโลยีหัวใจ และทรวงอกปฏิบัติงานประจำ (Full Time) ต้องแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติทราบ ภายใน ๗ วัน			
๒.๖	<b>วิสัญญีพยาบาล (Nurse Anesthetist) (ในกรณีที่ไม่มีแพทย์ประจำบ้านวิสัญญีวิทยา จำเป็นต้องประเมินข้อนี้)</b>			
	๒.๖.๑ ปฏิบัติงานประจำ (Full Time) หรือนอกเวลา (Part-time) รวมอย่างน้อย ๓ คน			
	๒.๖.๒ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง			

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๒.๖.๓ ได้รับประกาศนียบัตรการฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล หลักสูตร ๑ ปี จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย			
	๒.๖.๔ จำนวนวิสัญญีพยาบาล ในการผ่าตัดหัวใจ อย่างน้อย ๒ คนต่อ ๑ ห้องผ่าตัด โดยที่วิสัญญีพยาบาลอย่างน้อย ๑ คน ต้อง			
	๑) สำเร็จหลักสูตรวิสัญญีวิทยาสำหรับวิสัญญีพยาบาลจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยมาตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไป และ ปฏิบัติงานช่วยให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ และทรวงอก มาตั้งแต่ ๕ ปีขึ้นไป <b>หรือ</b>			<input type="checkbox"/> มีหลักฐานแสดงความสำเร็จหลักสูตรวิสัญญีวิทยาสำหรับวิสัญญีพยาบาล มากกว่า ๕ ปี <input type="checkbox"/> มีหลักฐานแสดงการปฏิบัติงานช่วยให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ และทรวงอก มากกว่า ๕ ปี
	๒) ได้รับหนังสือรับรองว่าผ่านการฝึกอบรมการเป็นผู้ช่วยวิสัญญีแพทย์ในการให้การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก จากสถาบันฝึกอบรมที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยรับรองหรือโรงพยาบาลต้นสังกัด			มีหลักฐานแสดงว่าผ่านการฝึกอบรม
<b>๒.๗</b>	<b>พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ICU Nurse)</b>			
	๒.๗.๑ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง			
	๒.๗.๒ มีหลักฐานผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด หรือสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่รับรองโดยสภาการพยาบาล			<input type="checkbox"/> อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
	๒.๗.๓ มีพยาบาลดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตลอด ๒๔ ชั่วโมง ในสัดส่วนพยาบาล ๑ คนต่อผู้ป่วย ๑ คน ในระยะวิกฤต และปฏิบัติงานไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน			
	๒.๗.๔ มีหลักฐานผ่านการฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced Cardiac Life Support : ACLS) และผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจากโรงพยาบาลต้นสังกัด			<input type="checkbox"/> อบรมการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS) <input type="checkbox"/> อบรมการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๒.๗.๕ เป็นพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ (Active ICU Nurse) จำนวนอย่างน้อย ๕๐ รายต่อปี			
	๒.๗.๖ เป็นพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสบการณ์อย่างน้อย ๒ ปี กรณีพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีประสบการณ์น้อยกว่า ๒ ปี <b>ต้องมี</b> ผู้ควบคุมดูแลพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ICU Nurse Supervisor)			
	๒.๗.๗ คุณสมบัติของผู้ควบคุมดูแลพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ICU Nurse Supervisor) เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอกอย่างน้อย ๓ ปี และปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ (Active ICU Nurse) จำนวนอย่างน้อย ๕๐ รายต่อปี			
	๒.๗.๘ คุณสมบัติของพยาบาลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก อย่างน้อย ๓ ปี กรณีพยาบาลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ มีประสบการณ์น้อยกว่า ๓ ปี <b>ต้องมี</b> ผู้ควบคุมดูแลพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ICU Nurse Supervisor)			กรณีระบุศักยภาพ Complex Congenital Heart Surgery <b>จำเป็นต้องประเมินข้อนี้</b>
	๒.๗.๙ ในกรณีที่มีการใช้เครื่อง Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) หลังการผ่าตัด <b>ต้องมี</b> สัดส่วนพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต่อผู้ป่วย ในระยะวิกฤต ๒ คนต่อ ผู้ป่วย ๑ ราย			
	๒.๗.๑๐ กรณีเป็นหัวหน้าเวร ต้องเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก หรือ การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต อย่างน้อย ๕ ปี			

### ๓. มาตรฐานด้านการจัดการ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๓.๑	<b>ต้องมีผู้รับผิดชอบการดำเนินการด้านการผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery Director)</b> * ข้อนี้จำเป็นต้องระบุ * <b>โปรดระบุชื่อแพทย์ Cardiac Surgery Director.....</b>			
	๑) ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก			
	๒) ประสบการณ์ทำผ่าตัดมาแล้วไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ราย			

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๓.๒	<b>บทบาทหน้าที่ของ Cardiac Surgery Director</b>			
	๑) รับผิดชอบในการควบคุมกำกับคุณภาพบริการให้มีการทำหัตถการตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานกำหนด ตลอดจนผลลัพธ์การทำหัตถการ อัตราป่วย (Morbidity Rate) และอัตราตาย (Mortality Rate)			
	๒) ตรวจสอบและรับรองรายงานอุบัติการณ์ (Occurrence Report) อย่างสม่ำเสมอ			
	๓) เป็นผู้ควบคุมดูแลการทำหัตถการของแพทย์ผู้ทำหัตถการ ในกรณีที่คุณสมบัติและประสบการณ์ยังไม่ครบตามที่สำนักงานกำหนด			
	๔) ต้องมีประสบการณ์ทำผ่าตัดมาแล้วไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ราย			
๕) ในกรณีที่หน่วยบริการต้องมีผู้ควบคุมดูแลการดำเนินการผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery Supervisor) ให้ผู้ควบคุมดูแลการดำเนินการด้านการผ่าตัดหัวใจ ทำหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินการด้านการผ่าตัดหัวใจ (Cardiac Surgery Director)				

#### ๔. มาตรฐานด้านการให้บริการ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๔.๑	ในกรณีที่สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทยมีการกำหนดแนวเวชปฏิบัติด้านการรักษาโรคหัวใจโดยวิธีผ่าตัด ให้ยึดถือเป็นมาตรฐานในการให้บริการ			* ขึ้นกับดุลพินิจของคณะทำงานฯ ตรวจประเมิน *
๔.๒	มีการบันทึก ทบทวน และรายงาน Mortality / Morbidity / Occurrence Report ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และมีหลักฐานเพื่อการตรวจสอบด้านคุณภาพการให้บริการ			
๔.๓	หน่วยบริการจะต้องให้บริการผู้ป่วย ตามศักยภาพของหน่วยบริการ ในทุกกรณี ห้ามปฏิเสธผู้ป่วย ในกรณีที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการให้ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อ และดำเนินงานตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด			
๔.๔	หน่วยบริการจะต้องดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนปลอดภัยและสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ หรือส่งต่อตามแนวทางการส่งต่อ			
๔.๕	กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หน่วยบริการต้องรับผิดชอบต่อดูแลผู้ป่วยจนปลอดภัย และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ หรือส่งต่อตามแนวทางการส่งต่อ			

#### ๕. มาตรฐานด้านการจัดการข้อมูล

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๕.๑	มีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย			
๕.๒	มีการจัดเก็บและรายงานสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของหน่วยบริการอย่างเป็นระบบ ตามที่สำนักงานกำหนด			



**๖. การรับรองคุณภาพ**

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
๖.๑	ผ่านการรับรองหรืออยู่ระหว่างการขอรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานบริการ ทั้งระบบ จากมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2015 หรือ TQA หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่ได้รับรองจาก ISQua			

**๗. ความเห็นของผู้ประเมิน**

.....

.....

.....

.....

**๘. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ**

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
วันที่.....



แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน  
การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

วัน เดือน ปี ที่เปิดให้บริการด้านการทำหัตถการโรคหัวใจและหลอดเลือด .....

ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฯ ระดับที่ ๑ (ประเมินมาตรฐานด้านบริการ **เฉพาะข้อ ๑.๑**)

ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้านฯ ระดับที่ ๒ (ประเมินมาตรฐานด้านบริการ **เฉพาะข้อ ๑.๒**)

๑. ศักยภาพด้านบริการ

๑.๑ มาตรฐานด้านบริการ กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฯ ระดับที่ ๑

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑	มีบริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีหรือภาพทางการแพทย์สำหรับวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด* *หากระบุ “ไม่มี” จะต้องแสดงเอกสารหลักฐาน แนวทางการส่งตรวจไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และหนังสือยินยอมรับการส่งตรวจ			
	๑.๑ การทดสอบสมรรถภาพหัวใจ (exercise stress test)			
	๑.๒ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียง (echocardiogram)			
	๑.๓ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Cardiac CT scan)			
	๑.๔ การตรวจภาพทางการแพทย์ด้วยคลื่นแม่เหล็ก (Cardiac MRI)			
๑.๕ การตรวจหัวใจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์				
๒	มีห้องผู้ป่วยวิกฤตทางโรคหัวใจที่ทันสมัยให้บริการได้			
๓	๓.๑ มีบริการรับปรึกษาด้านโลหิตวิทยา			
	๓.๒ มีบริการธนาคารเลือด			
๔	๔.๑ มีบริการรับปรึกษาโรคทางไต			
	๔.๒ มีบริการล้างไต			
๕	มีบริการรับปรึกษาด้านประสาทวิทยา			
๖	มีการเตรียมห้องผ่าตัดหัวใจเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินตลอดเวลาที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา			
๗	มีศัลยแพทย์หัวใจและทีม เตรียมพร้อมให้บริการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินตลอดเวลาที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา หรือเข้ามาให้บริการในเวลาฉุกเฉินได้ตลอดเวลา			
๘	มีบริการวิสัญญีวิทยาด้านหัวใจและหลอดเลือด เพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินตลอดเวลาที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา			
๙	มีการทบทวนภาพถ่ายรังสีหลอดเลือดหัวใจระหว่างศัลยแพทย์หัวใจ และอายุรแพทย์โรคหัวใจผู้ทำหัตถการ เพื่อวางแผนการรักษาก่อนการทำหัตถการ			

๑.๒ มาตรฐานด้านบริการ กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฯ ระดับที่ ๒

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑	มีการให้บริการ ดังต่อไปนี้			
	๑.๑ มีจำนวนการตรวจสวนหัวใจเพื่อการวินิจฉัยมากกว่า ๔๘๐ ราย/ปี			
	๑.๒ มีจำนวนการทำหัตถการเพื่อการรักษามากกว่า ๒๐๐ ราย/ปี			
	๑.๓ มีจำนวนการทำ Primary PCI มากกว่า ๓๖ ราย/ปี			
๒	มีบริการตรวจวินิจฉัยทางรังสีหรือภาพทางการแพทย์สำหรับวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด			
	๒.๑ การทดสอบสมรรถภาพหัวใจ (Exercise Stress Test : EST)			
	๒.๒ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียง (Echocardiogram)			
๓	มีห้องผู้ป่วยวิกฤติทางโรคหัวใจที่ทันสมัยให้บริการได้			
๔	มีบริการธนาคารเลือด			
๕	๕.๑ มีบริการรับปรึกษาโรคทางไต			
	๕.๒ มีบริการล้างไต			
๖	มีหน่วยบริการที่ให้บริการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดรองรับการผ่าตัดฉุกเฉิน ในกรณีที่เกิดผลแทรกซ้อนจากการทำหัตถการสวนหัวใจ โดยเป็นลายลักษณ์อักษร ว่าจะร่วมกันดูแลโดยศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก พร้อมปฏิบัติงานตลอดเวลา ที่ทำหัตถการเพื่อการรักษา และสามารถเริ่มทำการผ่าตัดได้ภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการเพื่อการรักษา			โปรดระบุชื่อ หน่วยบริการ ..... ..... .....
๗	ต้องสามารถให้มีการทบทวนภาพถ่ายรังสีหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างศัลยแพทย์หัวใจ และอายุรแพทย์ผู้ทำหัตถการ เพื่อการวางแผนการรักษาก่อนการทำหัตถการ			

๒. ศักยภาพด้านอุปกรณ์

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๒.๑	มีเครื่องเอกซเรย์ฟลูโอโรสโคปีระบบดิจิทัล หรือเครื่องเอกซเรย์หลอดเลือด ระบบดิจิทัล ที่สามารถปรับขยายภาพได้หลายระดับ และมีระบบเก็บภาพ แบบออนไลน์ และสามารถเรียกดูได้จากระบบจัดเก็บภาพ (archiving system)			<input type="checkbox"/> พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้งาน
๒.๒	มีเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจแบบหลายช่อง (อย่างน้อย ๒ ช่องสำหรับ วัดความดัน และ ๓ ช่องสำหรับคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) ที่มีการทำงานแบบเรียลไทม์ และสามารถวัด Cardiac output ได้โดยวิธีการของ Fick หรือวิธี Thermodilution			<input type="checkbox"/> พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้งาน
๒.๓	มีความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำหัตถการเพื่อการรักษา			
	๒.๓.๑ สายสวนหลอดเลือดนำทาง เพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary guiding catheter)			
	๒.๓.๒ สายลวดนำสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary guide wire)			
	๒.๓.๓ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Coronary balloons dilatation catheter)			
	๒.๓.๔ สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด (Coronary stent)			

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	๒.๓.๕ อุปกรณ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย (โปรตรระบุ เช่น coronary stent graft) ..... ..... .....			
๒.๔	มีอุปกรณ์สำหรับช่วยฟื้นคืนชีพ ตลอดจนอุปกรณ์เพื่อป้องกันการทำงานของหัวใจที่ใช้งานได้ทันที ภายในห้องทำหัตถการเพื่อการรักษา ประกอบด้วย			
	๒.๔.๑ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานตลอดจนยาต่าง ๆ ที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ			<input type="checkbox"/> พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้งาน
	๒.๔.๒ เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดไบเฟสสิก (biphasic defibrillator)			<input type="checkbox"/> พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้งาน
	๒.๔.๓ เครื่องกระตุ้นหัวใจสำรองชั่วคราว (Temporary transvenous pacemakers)			<input type="checkbox"/> พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้งาน
	๒.๔.๔ เครื่องพุงหัวใจและระบบไหลเวียนด้วยบอลลูนในหลอดเลือดแดงใหญ่ (Intra-aortic balloon pump)			<input type="checkbox"/> พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้งาน
	๒.๔.๕ อุปกรณ์สำหรับเจาะระบายช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardiocentesis)			<input type="checkbox"/> พร้อมใช้งาน <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้งาน

### ๓. ศักยภาพด้านความปลอดภัยจากรังสี

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๓.๑	๓.๑.๑ ผ่านการตรวจสอบสภาพการทำงานของเครื่องกำเนิดรังสี และเครื่องหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับรังสีในสภาพการทำงานที่ปลอดภัยตามกฎหมายกระทรวงฯ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดตามพระราชบัญญัติพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ พ.ศ. ๒๕๕๐			
	๓.๑.๒ มีใบอนุญาตผลิตมิได้ครอบครองหรือใช้ซึ่งพลังงานปรมาณูตามกฎหมายกระทรวงฯ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดตามพระราชบัญญัติพลังงานปรมาณูเพื่อสันติ พ.ศ. ๒๕๕๐			
๓.๒	มีการตรวจประเมินปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ โดยใช้เครื่องบันทึกปริมาณรังสีประจำบุคคล (X-ray badge, OSL) อย่างน้อย ๓ เดือนต่อครั้ง จากหน่วยงานที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ			
๓.๓	๓.๓.๑ มีเครื่องใช้อันจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี อาทิเช่น ชุดตะกั่ว วัสดุกำบังรังสี			
	๓.๓.๒ มีการตรวจสอบให้อยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง			
๓.๔	มีการตรวจสอบสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานทางรังสีเป็นประจำทุกปี			
๓.๕	สำหรับแพทย์ผู้ทำหัตถการ ควรมีเครื่องบันทึกปริมาณรังสีประจำบุคคล อย่างน้อย ๒ ชั้น สำหรับวัดปริมาณรังสีที่ร่างกายได้รับภายในกับภายนอกเนื้อเยื่อ			

๔. ศักยภาพด้านการจัดการ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๔.๑	คุณสมบัติผู้รับผิดชอบการดำเนินการของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ (Cath lab director) โปรตรระบุชื่อแพทย์ (Cath lab director).....			
	๔.๑.๑ ได้รับประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย ๑๒ เดือน ด้านหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถาบันที่ฝึกอบรมอายุรแพทย์โรคหัวใจต่ออายุอดนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดตามที่ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง หรือสถาบันอื่น ๆ ที่ผ่านการพิจารณาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกรณีเฉพาะ			
	๔.๑.๒ <b>กรณีหน่วยบริการฯ ระดับ ๑</b> มีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ๕ ปี และไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ราย			
๔.๑.๓ <b>กรณีหน่วยบริการฯ ระดับ ๒</b> มีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า ๒๐๐ ราย				
๔.๒	บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบการดำเนินการของห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ (Cath lab Director)			
	๔.๒.๑ รับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพการบริการ ให้มีการทำหัตถการตามข้อบ่งชี้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ตลอดจนผลลัพธ์การทำหัตถการ อัตราตาย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ			
	๔.๒.๒ เป็นที่ปรึกษาและผู้ควบคุมการทำหัตถการของแพทย์ผู้ทำหัตถการในกรณีที่คุณสมบัติและประสบการณ์ยังไม่ครบตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด			
	๔.๒.๓ เป็นผู้วางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ พัฒนาบุคลากร ตลอดจนครุภัณฑ์ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ใช้งานได้เหมาะสมกับการบริการ			
	๔.๒.๔ รวบรวมและรายงานอุบัติการณ์ (Occurrence report) วิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ			
	๔.๒.๕ เป็นผู้ควบคุมให้มีการจัดทำกรทบทวน morbidity-mortality conference หรือ interesting case conference อย่างสม่ำเสมอ			
	๔.๒.๖ มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการตามมาตรฐานแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Record Audit Guideline)			
๔.๓	หน่วยบริการ			
	๔.๓.๑ ไม่ปฏิเสธผู้ป่วยในทุกกรณี เช่น กรณี ST Elevation Acute Coronary Syndrome			
	๔.๓.๒ ในกรณีเตียงเต็ม จะต้องควบคุมการปฏิเสธรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในกรณีที่มีการทำความตกลงไว้ ไม่เกินร้อยละ ๑๐			

**๕. ศักยภาพด้านแพทย์ผู้ทำหัตถการ**

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๕.๑	แพทย์ผู้ทำหัตถการ อย่างน้อย ๒ คน เพื่อให้บริการ วันละ ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน โดยไม่มีวันหยุด			
๕.๒	ได้รับประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย ๑๒ เดือน ด้านหัตถการปฏิบัติ รักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถาบันที่ฝึกอบรมอายุรแพทย์โรคหัวใจ ต่อยอดอนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ราชวิทยาลัย อายุรแพทย์แห่งประเทศไทยรับรอง หรือสถาบันอื่น ๆ ที่ผ่านการพิจารณา ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกรณีเฉพาะ			
๕.๓	มีประสบการณ์ในการทำหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ผ่านสายสวน ณ หน่วยบริการที่ขอขึ้นทะเบียน มากกว่า ๗๕ รายต่อปี			
๕.๔	<b>(ในกรณีข้อ ๕.๓ เลือก “ไม่มี” จำเป็นต้องประเมินข้อนี้)</b> หากมีประสบการณ์น้อยกว่า ๗๕ รายต่อปี ต้องมีระบบปรึกษาแพทย์ผู้ที่มี ประสบการณ์ในการทำหัตถการเพื่อการรักษามากกว่า ๑๕๐ รายต่อปี เพื่อให้ คำแนะนำหรือกำกับการทำหัตถการการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม			

**๖. ศักยภาพด้านผู้ช่วยแพทย์ผู้ทำหัตถการ**

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๖.๑	ผู้ช่วยแพทย์ผู้ทำหัตถการที่เป็นแพทย์ หรือ พยาบาลวิชาชีพ (*เลือกตอบข้อ ๖.๑.๑ หรือ ๖.๑.๒ ข้อใดข้อหนึ่ง)			
	*๖.๑.๑ ผู้ช่วยที่เป็น แพทย์			จำนวนรวม.....คน
	(๑) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา			จำนวน.....คน
	*๖.๑.๒ ผู้ช่วยที่เป็น พยาบาลวิชาชีพ			จำนวนรวม.....คน
	(๑) มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาล			จำนวน.....คน
	(๒) ผ่านการอบรมด้านตรวจสวนหัวใจ			จำนวน.....คน
๖.๒	ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่พร้อมปฏิบัติงานทันที			
๖.๓	มีการทบทวนการฝึกอบรมช่วยฟื้นคืนชีพ ทุก ๒ ปี			

**๗. ศักยภาพด้านการรักษาพยาบาล**

ต้องให้บริการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีตามแนวเวชปฏิบัติบริการสาธารณสุขหัตถการรักษาโรคหลอดเลือด  
โคโรนารีผ่านสายสวน ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และชมรมมีถนทานกรหัวใจและหลอดเลือด  
แห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๑ หรือตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดังนี้

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๗.๑	<b>หน่วยบริการระดับที่ ๑</b> สามารถให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันทุกประเภท ทั้ง Complex and High risk Intervention Patient (CHIP) และ High Risk patients <b>หน่วยบริการระดับที่ ๒</b> สามารถให้การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่ไม่ใช่ Complex and High risk Intervention Patient (CHIP) และ High Risk patients			

๘. ศักยภาพด้านข้อมูล

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๘.๑	ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย			
๘.๒	ต้องมีการจัดเก็บข้อมูลการทำหัตถการของแพทย์แต่ละคน			
๘.๓	ต้องมีการจัดเก็บสถิติผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของหน่วยบริการ อย่างเป็นระบบ			
๘.๔	ต้องส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยเพื่อการเบิกจ่ายที่เป็นไปตามแนวทาง ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด			
๘.๕	ต้องจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดเพื่อการตรวจสอบย้อนหลัง เป็นระยะเวลา ๕ ปี			

๙. การรับรองคุณภาพ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
๙.๑	ผ่านการรับรองหรืออยู่ระหว่างการขอรับรองมาตรฐานคุณภาพสถานบริการ ทั้งระบบ จากมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2015 หรือ TQA หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่ได้รับรองจาก ISQua			

๑๐. ความเห็นของผู้ประเมิน

.....

.....

.....

.....

๑๑. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
วันที่.....



แบบตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อเฉพาะด้าน  
การบริการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต

ชื่อสถานบริการ ..... รหัสสถานบริการ .....

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

วัน เดือน ปี ที่เปิดให้บริการด้านการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต .....

๑. มาตรฐานด้านสถานที่และอุปกรณ์

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑.๑	มีหอผู้ป่วยในที่มีการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่สามารถบริหารจัดการ ด้านการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลในระยะวิกฤต หรือระยะสุดท้ายที่เหมาะสม			
๑.๒	มีหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU)			
๑.๓	มีห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			
๑.๔	มีห้องรังสีวินิจฉัยที่ได้มาตรฐาน สามารถตรวจทางภาพรังสีได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง			
๑.๕	มีธนาคารเลือดที่สามารถให้โลหิตและส่วนประกอบของโลหิตได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และสามารถฉายแสงโลหิต และส่วนประกอบของโลหิตได้			
๑.๖	ความพร้อมด้านเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะยาเคมีบำบัด ต้องมีสถานที่สำหรับจัดเตรียมยาเคมีบำบัด ตลอดจนเก็บรักษายาไม่ให้เสื่อมคุณภาพ ตามมาตรฐานงานเภสัชกรรม			

๒. มาตรฐานด้านบุคลากร

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ ระบุชื่อแพทย์ และวุฒิบัตร
๒.๑	มีอายุรแพทย์โรคเลือด และ/หรือ กุมารแพทย์โรคเลือดผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภา หรือเป็นอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตที่แพทยสภารับรอง อย่างน้อย ๒ คน ในแต่ละสาขา			



ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ ระบุชื่อแพทย์ และวุฒิบัตร
๒.๒	มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ได้แก่			
	๑) กุมารแพทย์ และ/หรือ อายุรแพทย์ในสาขาโรคหัวใจ โรคติดเชื้อ โรคทางเดินอาหาร โรคไต โรคปอด			
	๒) ศัลยแพทย์ วิทยุณีแพทย์			
	๓) แพทย์สาขาโลหิตวิทยา (Hematology) เด็กหรือผู้ใหญ่ หรือสาขาพยาธิวิทยาคลินิก (Clinical pathology) เป็นแพทย์ประจำธนาคารเลือด			
๒.๓	มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการให้ยาเคมีบำบัดตามที่สภาการพยาบาล ประกาศกำหนดและได้รับใบรับรองจากสภาการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ปลูกถ่ายไขกระดูก ตลอดเวลาในอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า ๑ : ๓			

### ๓. มาตรฐานด้านบริการ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
	ประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยของหน่วยบริการให้บริการรักษาผู้ป่วย ด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตและมีผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับ ได้ โดยมีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้			อื่น ๆ ระบุ ..... .....
๓.๑	ให้บริการรักษาผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยผู้ใหญ่ อย่างใดอย่างหนึ่ง ด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต จากตนเอง (Autologous) ไม่น้อยกว่า ๕ รายต่อปี			
๓.๒	ให้บริการรักษาผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยผู้ใหญ่ อย่างใดอย่างหนึ่ง ด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแบบ Allogeneic จากพี่น้องที่มีเฮชแอลเอ (HLA-Matched Sibling) ตรงกัน ไม่น้อยกว่า ๑๐ รายต่อปี ทั้งนี้ ให้ถือว่า มีประสบการณ์การรักษา ด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากตนเอง (Autologous) โดยอัตโนมัติ			
๓.๓	ให้การรักษาผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ด้วยวิธี ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากตนเอง (Autologous) อย่างละไม่น้อยกว่า ๕ รายต่อปี หรือกรณีรวมกัน ไม่น้อยกว่า ๕ รายต่อปี			
๓.๔	ให้บริการรักษาผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยผู้ใหญ่ด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตแบบ Allogeneic จากพี่น้องที่มีเฮชแอลเอ (HLA-Matched Sibling) ตรงกันไม่น้อยกว่า ๑๐ รายต่อปี ทั้งนี้ ให้ถือว่า มีประสบการณ์การรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด เม็ดโลหิตจากตนเอง (Autologous) โดยอัตโนมัติ			

#### ๔. มาตรฐานด้านการจัดการข้อมูล

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๔.๑	มีระบบสารสนเทศที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และเชื่อมโยงส่งข้อมูลต่าง ๆ กับหน่วยบริการอื่นในเครือข่ายหน่วยบริการ หรือสำนักงานตามที่กำหนด			

#### ๕. การรับรองคุณภาพ

ลำดับ	เกณฑ์การตรวจประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
๕.๑	ผ่านการรับรองหรืออยู่ระหว่างการขอรับรองมาตรฐานคุณภาพ สถานบริการทั้งระบบ จากมาตรฐาน HA หรือ ISO 9001:2015 หรือ TQA หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่ได้รับรองจาก ISQua			

#### ๖. ความเห็นของผู้ประเมิน

.....

.....

.....

.....

#### ๗. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน  
(.....)  
วันที่.....