แนวทางการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

สปสช.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

แนวทางการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2561

กรอบการบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

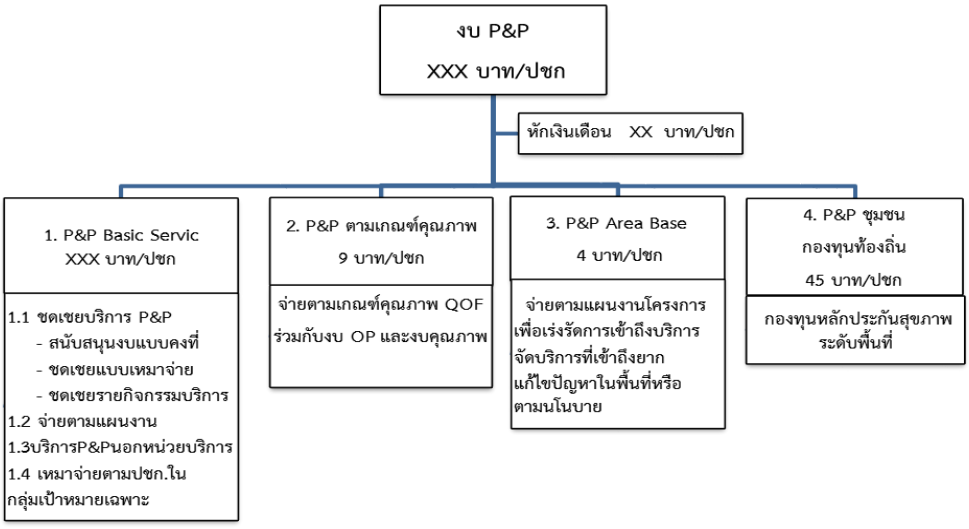
พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2561 ส่วนที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวคิดการบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นโดยประชาชนสามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการใกล้บ้านหรือที่ทำงานได้โดยสะดวก
2) กำหนดกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับให้ครอบคลุมตามขอบเขตสิทธิประโยชน์ด้านบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3) เพิ่มความครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการให้กับประชาชนทั้งในรูปแบบการให้บริการเชิงรับ ณ หน่วยบริการและการบริการเชิงรุกในชุมชน
4) จัดสรรงบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้หน่วยบริการตามผลงานและคุณภาพการบริการ
5) สนับสนุนการจัดบริการ กำกับ ติดตามและประเมินผลงานการบริการของหน่วยบริการรวมถึงนำไปใช้ในการพัฒนาบริการและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
6) สนับสนุนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่หรือการดำเนินงานตามนโยบายของประเทศ

กรอบการบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พื้นที่กรุงเทพมหานคร



แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำหรับบริการพื้นฐาน : P&P basic services ปีงบประมาณ 2561

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนการบริการแบบคงที่

แนวทางการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน : P&P basic services

เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2561

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิว่าง

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนการบริการแบบคงที่ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

1) การให้การปรึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor)

กลุ่มเป้าหมาย

1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหอบหืด (Asthma)

2) ผู้ติดยาหรือสารยาเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา

3) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร (UC) ตรงตามหน่วยบริการที่ให้บริการ

คุณสมบัติของหน่วยให้บริการ

1) เป็นหน่วยบริการประจำ

2) มีห้องหรือมุมให้การปรึกษา ที่เป็นสัดส่วน

3) มีผู้ให้การปรึกษาเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการอบรมไม่ต่ำกว่า 2 เดือน

คุณสมบัติของผู้ให้บริการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังนี้

1) ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีและผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา

- หลักสูตรผู้ให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากสถาบันการศึกษาที่ได้มาตรฐาน เช่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือ

- ผ่านการอบรมหลักสูตรทักษะการให้การปรึกษาพื้นฐาน (Basic counseling) หรือหลักสูตรการให้การปรึกษาที่สูงกว่า และมีความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (มีวุฒิการศึกษา/ประกาศนียบัตร/ใบรับรองการผ่านการอบรม)

2) มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 2 ปี

เป้าหมายการให้บริการ บริการให้การปรึกษาอย่างน้อย 60 ครั้งต่อเดือน หรือ 720 ครั้งต่อปี

อัตราการชดเชยบริการ 200,000 บาท โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด

- งวดที่ 1 จำนวน 100,000 บาท เมื่อหน่วยบริการมีคุณสมบัติครบตามที่สำนักงานฯ กำหนด
- งวดที่ 2 จำนวน 100,000 บาท มีผลงานการให้บริการ อย่างน้อย 6 เดือน หรือ 360 ครั้ง

*** กรณีผลงานไม่เป็นไปตามเงื่อนไขกำหนด สำนักงานฯ พิจารณาเบิกจ่ายตามผลงานการให้บริการจริง โดยชดเชยค่าบริการ 150 บาทต่อครั้ง ***

เงื่อนไขการจัดบริการ

1) ให้บริการตามกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานฯ กำหนด

2) มีผลงานการให้การปรึกษาอย่างน้อย 60 ครั้งต่อเดือน หรือ 720 ครั้ง (ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2560 – 30 ก.ย. 2561)

3) บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมตามที่สำนักงานฯ กำหนด

4) บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนผู้ป่วยหรือทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเป็นหลักฐานสามารถให้สำนักงานฯ หรือผู้ที่สำนักงานฯ มอบหมายตรวจสอบข้อมูลการให้บริการได้

การตรวจสอบชดเชยค่าบริการ

หากสำนักงานฯ หรือผู้ที่สำนักงานฯ มอบหมายตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยบริการประจำปี หรือสุ่มตรวจสอบการจัดบริการ แล้วพบว่าหน่วยบริการ ขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือไม่พบหลักฐานการให้บริการตามที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรม สำนักงานฯ มีสิทธิพิจารณาเรียกเงินคืน

2) บริการดูแลสุขภาพประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)

ทีมหมอครอบครัว หมายถึง ทีมที่ประกอบด้วย สหวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและโรงพยาบาล รวมถึง อสส. อปท. ชุมชน และภาคประชาชน

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไปที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบเชิงรุกในชุมชน

2) เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย

1) ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วย/ไม่ป่วย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นบางครั้ง หรือตลอดเวลา

2) ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือมากกว่า ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันบางส่วน หรือทั้งหมด

3) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

บทบาทหน้าที่ของหมอครอบครัว

1) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2) การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย

3) การดูแลรักษา

4) ให้คำปรึกษาแนะนำ

5) การดูแลในกรณีมีการส่งต่อ

6) การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง

7) การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว

กิจกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการ

1) บริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น หมู่บ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม ชุมชนทั่วไป ที่อยู่ในบริเวณพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการ และพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 2 ชุมชน ประชากรรวม 2 ชุมชนไม่ต่ำกว่า 1,000 คน โดยดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชน (สำหรับชุมชนที่ยังไม่เคยสำรวจ/ไม่มีข้อมูลสภาวะสุขภาพประชากร) จัดทำ Family folder และทำแผนการให้บริการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

*** กรณีชุมชนอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยบริการอื่นต้องมีหนังสือ รับรองจากหน่วยบริการเจ้าของพื้นที่***

2) จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประชาสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ของหมอครอบครัว

3) ดำเนินการ/บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่

- ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ด้านสิทธิการรักษา ทางโทรศัพท์ และในหน่วยบริการ
- การดูแลสุขภาพที่บ้าน : เยี่ยมบ้าน (Home visit) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้น 3 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
- ประสานเรื่องสิทธิการรักษา ประสานการส่งต่อส่งกลับจากโรงพยาบาล

4) การดำเนินการ ณ หน่วยบริการ ได้แก่

- ติดสัญลักษณ์ Family care team ที่ด้านหน้าหน่วยบริการให้มองเห็นเด่นชัด
- ระบุชื่อบุคลากรทางการแพทย์ ทีมหมอครอบครัว หมายเลขโทรศัพท์
- มีระบบให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมติดตามที่บ้าน และการส่งต่อเข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาล
- จัดทำแผนการให้บริการ มีระบบการบันทึกการให้บริการ

บทบาทหน้าที่และกิจกรรมในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

กิจกรรม	เป้าหมาย	ทีมหมอครอบครัว
รณรงค์ในหมู่บ้าน	อย่างน้อย 1ครั้ง/ปี/ชุมชน	แพทย์ พยาบาล ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ ตัวแทนกรรมการหน่วยบริการ (ถ้ามี)
Home visit Home health care	อย่างน้อย 100 ครั้ง/ปี อย่างน้อย 60 ครั้ง/ปี	แพทย์ หรือพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักสุขศึกษา
ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ ประสานส่งต่อส่งกลับ ประสานเรื่องสิทธิการรักษา	รายชื่อหมายเลขโทรศัพท์ทีมหมอครอบครัวที่ประชาชนสามารถติดต่อได้ 24 ชม.	ผู้จัดการหน่วยบริการ หรือแพทย์หรือพยาบาลที่ประจำที่คลินิก หรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย

เงื่อนไขและการชดเชยค่าบริการ

1) หน่วยบริการสรุปผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนของชุมชนที่รับผิดชอบ โดยจัดทำ Family folder และแผนการให้บริการเยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูลการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เก็บไว้ที่หน่วยบริการ

2) ส่งแผนการดำเนินงาน รายชื่อทีมหมอครอบครัวและหมายเลขโทรศัพท์ เป้าหมายพื้นที่บริการ ข้อมูลสุขภาวะสุขภาพของประชาชนและข้อมูลกลุ่มเป้าหมายหลัก 3 กลุ่ม

3) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ผ่านโปรแกรม BPPDS เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560

4) กรณีหน่วยบริการต้องการเปลี่ยนแปลงชุมชนระหว่างปี ให้หน่วยบริการทำหนังสือแจ้งสำนักงานฯ ทราบ

5) สำหรับหน่วยบริการใหม่ มีเงื่อนไขการจัดบริการ ดังนี้

5.1 หน่วยบริการจะต้องมีหนังสือยินยอมจากศูนย์บริการสาธารณสุขเจ้าของพื้นที่

5.2 สำรวจและส่งรายงานสภาวะสุขภาพของประชาชนให้สำนักงานฯ ตรวจสอบ

5.3 สำนักงานฯ อนุมัติให้บริการดูแลสุขภาพประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว (FCT)

5.4 หน่วยบริการให้บริการตามกิจกรรมการดำเนินงาน เงื่อนไขและการชดเชยค่าบริการทีมหมอครอบครัว (FCT)

อัตราการชดเชยค่าบริการ จำนวน 120,000 บาท แบ่งจ่ายเป็น 2 งวด

หน่วยบริการ	งวดที่ 1 จำนวน 60,000 บาท	งวดที่ 2 จำนวน 60,000 บาท
หน่วยบริการเดิม (ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2560)	เมื่อหน่วยบริการให้บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ อย่างน้อย 25 % ของเป้าหมาย	เมื่อหน่วยบริการให้บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ อย่างน้อย 75 % ของเป้าหมาย
หน่วยบริการใหม่	- เมื่อหน่วยบริการส่งเป้าหมายพื้นที่บริการ ข้อมูลสุขสภาวะของประชาชนและข้อมูลกลุ่มเป้าหมายหลัก 3 กลุ่ม - บันทึกข้อมูลการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ อย่างน้อย 25 % ของเป้าหมาย	เมื่อหน่วยบริการให้บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ อย่างน้อย 75 % ของเป้าหมาย

หมายเหตุ กรณีผลงานไม่เป็นไปตามเงื่อนไขกำหนด สำนักงานฯ พิจารณาเบิกจ่ายชดเชยบริการตามสัดส่วนผลงานที่ดำเนินการได้จริง โดยเทียบจำนวนผลงานตามเป้าหมายที่กำหนด 100%

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำหรับบริการพื้นฐาน : P&P basic services ปีงบประมาณ 2561

แบบเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำนักงานฯ กำหนด

แบบเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำนักงานฯ กำหนด

สำหรับหน่วยบริการประจำ โดยเหมาจ่ายให้หน่วยบริการในอัตราแบบขั้นบันได (Step ladder) คำนวณอัตราจากผลงานการบริการของหน่วยบริการในปีงบประมาณ 2560 กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมในการเหมาจ่ายมี 9 กิจกรรม ดังนี้

1) การฝากครรภ์ (ANC)

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

*** การบริการฝากครรภ์ อ้างอิง แนวทางการปฏิบัติงานบริการฝากครรภ์เพื่อครรภ์คุณภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร ***

1.1 การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนการฝากครรภ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติการขาดประจำเดือน สัญญาณเตือนของการตั้งครรภ์

2) ให้บริการตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ในหญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายการตั้งครรภ์

3) การทดสอบการตั้งครรภ์ต้องได้รับความเห็นจากแพทย์

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) ไม่ชดเชยค่าบริการหญิงที่มีประวัติการฝากครรภ์อยู่แล้ว

2) กรณีที่ทดสอบการตั้งครรภ์แล้ว ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก ครรภ์ไข่ปลาอุก สำนักงานฯ จะชดเชยบริการในกรณีดังกล่าวให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาล

3) บันทึกผลการทดสอบการตั้งครรภ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 ตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด

2) ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา

3) ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว

4) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

5) ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

ให้บริการหญิงหลังคลอด ไม่เกิน 60 วันหลังคลอด (นับจากวันคลอด)

2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

2.1 วัคซีนในเด็กแรกเกิดถึง 14 ปี (EPI Program)

กลุ่มเป้าหมาย เด็กแรกเกิด – 14 ปี

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	BCG (บีซีจี)	ฉีดให้เด็กก่อนออกจากโรงพยาบาล (เด็กติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีอาการของโรคเอดส์ ไม่ให้ BCG)
	HB1 (ตับอักเสบบี)	ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
อายุ	**วัคซีนที่ให้**	**ข้อแนะนำ**
1 เดือน	HB2 (ตับอักเสบบี)	เฉพาะรายที่เด็กคลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี
2 เดือน	DTP-HB1 (คอตีบ–บาดทะยัก ไอกรน–ตับอักเสบบี) OPV1 (โปลิโอชนิดหยอด)	
4 เดือน	DTP-HB2(คอตีบ–บาดทะยัก ไอกรน–ตับอักเสบบี) OPV2 (โปลิโอชนิดหยอด) , IPV (โปลิโอชนิดฉีด)	ให้วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด 1 เข็ม พร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอด 1 ครั้ง
6 เดือน	DTP-HB3 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน – ตับอักเสบบี) , OPV3 (โปลิโอชนิดหยอด)	
9 เดือน	MMR1 (หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)	หากไม่ได้ฉีดเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รีบติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1 ปี	LAJE1 (ไข้สมองอักเสบเจอี เชื้อเป็น)	
1 ½ ปี	DTP4 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน) OPV4 (โปลิโอชนิดหยอด)	
2 ½ ปี	LAJE2 (ไข้สมองอักเสบเจอีเชื้อเป็น)	
	MMR2 (หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)	
4 ปี	DTP5 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน) OPV5 (โปลิโอชนิดหยอด)	
6-7 ปี (ป.1)	MR (หัด-หัดเยอรมัน) HB (ตับอักเสบ) LAJE (ไข้สมองอักเสบเชื้อเป็น)	เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
	IPV (โปลิโอชนิดฉีด) dT (คอตีบ – บาดทะยัก) , OPV (โปลิโอชนิดหยอด) BCG (บีซีจี)	1.ให้ในกรณีไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิด และไม่มีแผลเป็น 2. ไม่ให้ในเด็กติดเชื้อ HIV ที่มีอาการของโรคเอดส์
11 ปี (นักเรียนหญิง ป.5)	HPV1 ,HPV2 (เอชพีวี)	ให้ 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน
12 ปี (ป.6)	dT (คอตีบ-บาดทะยัก)	ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข ฉีดให้เด็กนักเรียน ป.6

ที่มา : กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

หมายเหตุ 1. วัคซีนทุกชนิดถ้าไม่สามารถเริ่มให้ตามกำหนดได้ ก่อนเริ่มให้ได้ทันทีที่พบครั้งแรก

2. วัคซีนที่ต้องให้มากกว่า 1 ครั้ง หากเด็กเคยได้รับวัคซีนมาบ้างแล้ว และไม่ได้มารับครั้งต่อไปตามกำหนดนัด ให้วัคซีนครั้งต่อไปนั้นได้ทันทีเมื่อพบเด็ก โดยไม่ต้องเริ่มต้นครั้งที่ 1 ใหม่

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) เด็กแรกเกิดที่ยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ให้บันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยด้วย (HN)

2) เด็กต่างด้าว บันทึกการให้บริการในบุคคลต่างด้าว โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

2.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
20 ปีขึ้นไป	dT (คอตีบ-บาดทะยัก)	ผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

2.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

กลุ่มเป้าหมาย กำหนดการรณรงค์และการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลปีงบประมาณ 2560 เป็นไปตามแผนการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เงื่อนไขการบริการ รายงานผลการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สำหรับหน่วยบริการเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

หมายเหตุ คำแนะนำทั่วไป สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ตามผนวก)

3) การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปี

กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

2) ตรวจร่างกายทั่วไป

3) ประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ รายละเอียดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือแบบประเมินพัฒนาการเด็ก

4) ให้คำแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครอง เรื่องการเลี้ยงดู ส่งเสริมทักษะ ส่งเสริมสุขนิสัยที่ดี การป้องกันอุบัติเหตุและลดความเสี่ยง

5) ให้คำแนะนำแนวทางส่งเสริมพัฒนาการ และส่งต่อกรณีพบพัฒนาการล่าช้า

6) บันทึกผลการประเมินพัฒนาการ รายละเอียดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือแบบประเมินพัฒนาการเด็ก

7) กรณีเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ให้ลงทะเบียนเด็กกลุ่มเสี่ยง และนัดประเมินพัฒนาการเพิ่มเติมหรือส่งต่อ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) หน่วยบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

2) เบิกชดเชยได้ไม่เกินปีละ 5 ครั้ง ในขวบปีแรก ละไม่เกินปีละ 1 ครั้งในช่วงอายุ 1-5 ปีโดยต้องเป็นการให้บริการในวันเดียวกับวันที่มารับวัคซีนตามนัด (ยกเว้น BCG, HB ตอนแรกเกิด)

3) ให้บริการในเด็กที่มีสุขภาพดี (Well Baby) ในวันที่ให้บริการ หากสำนักงานฯ ตรวจพบว่าเด็กมารับบริการรักษาในวันที่ตรวจพัฒนาการ จะถือว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด สำนักงานฯ จะขอระงับการจ่ายเงิน หรือเรียกเงินคืนในกิจกรรมนี้

4) สามารถบันทึกการประเมินพัฒนาการเด็กได้ตั้งแต่อายุ 1 เดือนขึ้นไปถึงอายุ 5 ปี

หมายเหตุ ช่วงอายุ 3 ปี สามารถเบิกค่าตรวจคัดกรองพัฒนาการแยกจากบริการให้วัคซีนได้ เนื่องจากในช่วงอายุดังกล่าวไม่มีตารางรับบริการวัคซีน (EPI Program)

4) การคัดกรองภาวะซีด

4.1 ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)

4.2 ค่าตรวจความเข้มข้น (Hematocrit/Hb)

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงภาวะซีด ตามช่วงวัยดังนี้

ช่วงอายุ	การให้บริการ
อายุแรกเกิด - 2 ปี	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ
อายุ 3 - 6 ปี	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ
อายุ 7- 12 ปี	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ
อายุ 13 - 24 ปี (เพศหญิง)	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ

เงื่อนไขการเบิกจ่าย สำนักงานฯ ชดเชยค่าบริการ 1 ครั้ง/คน/ช่วงอายุ/ต่อ 1 รายการ

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องการ

1) ซักประวัติการรับประทานอาหาร ประวัติบุคคลในครอบครัว

2) เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโลหิตซีด

3) ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซีดกับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองก่อนและหลังการคัดกรอง

4) บันทึกผลการคัดกรองลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) แจ้งผลการคัดกรองให้กับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองทราบ

6) กรณีผลการตรวจเลือดพบความผิดปกติ ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา

หมายเหตุ กรณีเจาะเลือดในเด็กต้องได้รับการอนุญาตจากพ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษรและเก็บไว้เป็นหลักฐาน

5) การวางแผนครอบครัว

บริการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว : ยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีดคุมกำเนิด

*** ไม่ครอบคลุมการใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อการรักษา ***

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติ เช่น การมีประจำเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก เต้านมประจำปี ประวัติการได้รับการวางแผนครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา

2) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

6) การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี

การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป

*** กิจกรรมนี้ไม่สามารถเบิกชดเชยร่วมกับกิจกรรมฝากครรภ์ และตรวจหลังคลอดได้ หญิงอยู่ในช่วงให้นมบุตรและมีประจำเดือน ***

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) บุคลากรสาธารณสุข ควรแนะนำให้ผู้รับบริการทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการให้บริการนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2) ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีคลำเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข

7) การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease)

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบเอว การตรวจเลือดโดย DTX หรือ FBS เพื่อหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2) การตรวจคัดกรองไขมัน (Total Cholesterol ,HDL,LDL และTriglyceride) เฉพาะบุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีประวัติเสี่ยง และมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม² หรือ บุคคลที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ต้องมีประวัติบิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ

** ชดเชยเฉพาะวิธีการเจาะเลือดทาง Vein เท่านั้น**

8) การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

กลุ่มเป้าหมาย

1) บุคคลที่มี ***อายุ 30 ปีขึ้นไป*** ที่ป่วยด้วยด้วยโรคเรื้อรัง

2) ผู้สูงอายุ ***อายุ 65 ปีขึ้นไป***

3) คนพิการ

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

กิจกรรมขั้นตอนที่ 1

1) การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)

2) การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถามให้ผลบวก

3) การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถามมากกว่าหรือเท่ากับ 7

4) การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถามและ/หรือ 8 คำถามให้ผลบวก ***และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด***

กิจกรรมขั้นตอนที่ 2

ติดตามประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน หรืออย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม (ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) สำนักงานฯ จะชดเชยบริการให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/หน่วยงาน ที่ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรได้ผ่านการอบรมจากสถาบันหรือองค์กรที่น่าเชื่อถือ โดยใช้มาตรฐานเดียวกับกรมสุขภาพจิต หรือแบบประเมินมาตรฐานอื่น เช่น ราชวิทยาลัย

2) ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ป่วย OP หรือ IP หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นๆ เพราะเป็นการให้บริการต่อเนื่อง

3) ผู้รับบริการ 1 ราย ต้องมีประวัติการรับบริการตรวจคัดกรองตามขั้นตอนที่สำนักงานฯ กำหนดจึงจะได้รับการชดเชยบริการ

9) การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร(UC) ตรงตามหน่วยบริการที่ให้บริการ

หน่วยให้บริการ หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&P

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านต่างๆ ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรค
2) อาหารและภาวะโภชนาการ
3) การออกกำลังกาย
4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
5) การรับประทานยาและการดูแลตนเอง
6) กิจกรรมคลายเครียด
7) อื่นๆตามสภาวะผู้รับบริการ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีสาขาสุขภาพ เช่น พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข

อัตราการจัดสรรงบประมาณแบบขั้นบันได (Step ladder) 6 อัตรา (คำนวณอัตราเบิกจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานของหน่วยบริการคิดเป็นเงินแต่ละแห่งในปีงบประมาณ 2560)

ขั้นที่	อัตราการจัดสรร(บาท/ปี)
1	400,000
2	500,000
3	600,000
4	700,000
5	1,000,000
6	1,500,000

การเบิกจ่ายงบประมาณ แบ่งจ่าย 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 60 เดือนตุลาคม 2560

งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 40 เมื่อมีผลงานคิดเป็นจำนวนเงินครบ 60% ของผลงานปีงบประมาณ 2560 เบิกจ่ายชดเชยบริการรายกิจกรรมบริการตามอัตราที่สำนักงานกำหนดเมื่อหน่วยบริการมีผลงานคิดเป็นจำนวนเงินเกิน 100% ของผลงานปีงบประมาณ2560

แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน ปีงบประมาณ2561

: P&P basic services

การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายกิจกรรม (P&P Itemize)

การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายกิจกรรม (P&P Itemize)
กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Itemized) ปีงบประมาณ 2561
อัตราชดเชยค่าบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายกิจกรรม

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ	หน่วยให้บริการบริการ
1. การฝากครรภ์ (ANC) 1.1 การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนการตั้งครรภ์	ครั้งละ	70	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	หน่วยบริการประจำ จ่ายแบบเหมาจ่าย/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
1.2 การฝากครรภ์ครั้งแรก เหมาจ่าย	ครั้งละ	1,200	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์ ตามการฝากครรภ์จริง	หน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&P
1.3 การฝากครรภ์ครั้งต่อๆ ไป เหมาจ่าย	ครั้งละ	400		
1.4 การตรวจ Glucose challenge test (GCT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	ครั้งละ	70	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
1.5 การตรวจ Oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	ครั้งละ	200	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
1.6 การยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส				
- OF หรือ MCV (สามี)	ครั้งละ	50	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
- DCIP หรือE-screening (สามี)	ครั้งละ	70	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
- Hb typing	ครั้งละ	270	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
- Alpha thalassemia 1	ครั้งละ	800	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
- Beta thalassemia	ครั้งละ	3,000	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
- PND ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอดในคู่สมรสเสี่ยง	ครั้งละ	2,500	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
1.7 การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม - การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG ,Unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP) inhibin-A)	รายละ	1,200	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
- การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธี Amniocentesis	รายละ	2,500	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ	หน่วยให้บริการบริการ
1.8 ตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตร้าซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์	ครั้งละ	400	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&P
1.9 การยุติการตั้งครรภ์	รายละ	3,000	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์	
2. การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด				หน่วยบริการประจำจ่ายแบบเหมาจ่าย/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
2.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1	ครั้งละ	150	1 ครั้งต่อการคลอด	
2.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2	ครั้งละ	150	1 ครั้งต่อการคลอด	
2.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3 (ครั้งที่ 3 รวมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Pap Smear / ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก ไอโอดีน)	ครั้งละ	500	1 ครั้งต่อการคลอด	
3. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด				หน่วยบริการประจำจ่ายแบบเหมาจ่าย/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
- ค่าเจาะเลือดและส่งตรวจสำหรับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เจาะเลือดส่งตรวจเพื่อคัดกรองและตรวจยืนยัน	ครั้งละ	20	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคน	
- ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	ครั้งละ	123.80	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคน	รพ.รามาธิบดี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและเพ็นนิลคีโตนยูเรีย	ครั้งละ	235	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคน	รพ.ศิริราช
- ค่าตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	ครั้งละ	250	1 ครั้งต่อคน	หน่วยบริการที่ตรวจยืนยัน
4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข	Doseละ	20	ตามการให้บริการจริง	หน่วยบริการประจำจ่ายแบบเหมาจ่าย/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด - 14 ปี				
4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่				
4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล				

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ	หน่วยให้บริการบริการ
5. การตรวจคัดกรองและกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการ				
5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปี	ครั้งละ	70	ไม่เกิน 5 ครั้งในขวบปีแรก และไม่เกินปีละ1 ครั้ง ในช่วงอายุ 1-5 ปี	หน่วยบริการประจำจ่ายแบบเหมาจ่าย/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือThai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า	ครั้งละ	150	ตามการให้บริการจริง	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กฯ
5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็ก ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก	ครั้งละ	150	ตามการให้บริการจริง	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการฯ
6. การคัดกรองภาวะซีด				
- ค่าตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC)	ครั้งละ	60	ตามช่วงอายุที่กำหนด	หน่วยบริการประจำจ่ายแบบเหมาจ่าย/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
- ค่าตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit/Hb)	ครั้งละ	30		
7. การวางแผนครอบครัว				
- ยาฉีดคุมกำเนิด	เข็มละ	60	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี	
- ยาเม็ดคุมกำเนิด	แผงละ	40	ไม่เกิน 13 แผงต่อปี	

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชย ค่าบริการ	หน่วยให้บริการ บริการ
- ยาฝังคุมกำเนิด - การใส่ห่วงอนามัย - หมันชาย - หมันหญิง (เฉพาะหมันแห้ง)	ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ	2,500 800 500 1,000	3 ปีต่อครั้ง 1 ครั้งต่อปี 1ครั้งต่อคน 1ครั้งต่อคน	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&P
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี				
8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่	ครั้งละ	20	ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี	หน่วยบริการประจำจ่ายแบบเหมาจ่าย/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear	ครั้งละ	250	1 ครั้งต่อปี	
8.3 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษา กรณี Epithelial Cell Abnormality	รายละ	100		
8.4 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษา กรณี Endocervical adenocarcinoma in Situ	รายละ	1,000		
9. การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก(Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน				หน่วยบริการประจำจ่ายแบบเหมาจ่าย/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&Pจ่ายแบบ Itemized
- คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดเส้นรอบเอวและตรวจเลือดหาน้ำตาลในเลือด	ครั้งละ	50	1 ครั้งต่อปี	
- การตรวจหาTotal Cholesterol,HDL,LDL, Triglyceride (เจาะเลือดทางVein) เฉพาะกรณี อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยงและมีค่าBMI มากกว่า25 กก/ม² หรืออายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มีประวัติบิดา มารดา เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ	ครั้งละ	300	1 ครั้งต่อปี	

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ	หน่วยให้บริการบริการ
10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน รวมการยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ	ครั้งละ	2,000	1 ครั้งต่อปี	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
11. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ **กิจกรรมขั้นตอนที่ 1**				หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีบุคลากรในการให้บริการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตศึกษาตามที่สำนักงานฯ กำหนด
1.1 การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)	ครั้งละ	20	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี	
1.2 การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ให้ผลบวก	ครั้งละ	30	1 ครั้งต่อปี	
1.3 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน		50	1 ครั้งต่อปี	
1.4 การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม (9Q) และ/หรือ 8 คำถาม (8Q) ให้ผลบวก และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด		100	1 ครั้งต่อปี	
12. บริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL - ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป)	ครั้งละ	100	1 ครั้งต่อคนต่อปี	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&P
13. การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ - บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ครั้งละ	50	1 ครั้งต่อคนต่อเดือน	

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Itemized) ปีงบประมาณ 2561

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิว่าง

ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดกิจกรรม เงื่อนไข และอัตราค่าชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย ดังนี้

1) การฝากครรภ์ (ANC)

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

** การบริการฝากครรภ์ อ้างอิง แนวทางการปฏิบัติงานบริการฝากครรภ์เพื่อครรภ์คุณภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร **

1.1 การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนการฝากครรภ์

อัตราชดเชยบริการ 70 บาท ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติการขาดประจำเดือน สัญญาณเตือนของการตั้งครรภ์

2) ให้บริการตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ในหญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายการตั้งครรภ์

3) การทดสอบการตั้งครรภ์ต้องได้รับความเห็นจากแพทย์

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) ไม่ชดเชยค่าบริการหญิงที่มีประวัติการฝากครรภ์อยู่แล้ว

2) กรณีที่ทดสอบการตั้งครรภ์แล้ว ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก ครรภ์ไข่ปลาอุก สำนักงานฯจะชดเชยบริการในกรณีดังกล่าวให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาล

3) บันทึกผลการทดสอบการตั้งครรภ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2 การฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในครรภ์นั้นๆ ของผู้รับบริการที่หน่วยบริการ และได้รับการบริการครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

อัตราชดเชยบริการ เหมาจ่ายครั้งละ 1,200 บาท ต่อการตั้งครรภ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป

- ชั่งน้ำหนัก,วัดส่วนสูง,วัดความดันโลหิต

2) ให้สุขศึกษา

3) ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจครรภ์

4) การให้คำปรึกษา (Counseling) ก่อนตรวจเลือด HIV และ ธาลัสซีเมีย

5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ตรวจปัสสาวะ หาน้ำตาลและไข่ขาว
- UA หรือ Urine dipstick
- CBC
- OF หรือ MCV และ DCIP หรือ E-Screening
- VDRL
- HbsAg
- HIV
- Blood group
- Rh group (ตรวจตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์)

6) การให้คำแนะนำรายบุคคล ตามสภาพปัญหา

7) จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติตามความจำเป็น เช่น ยาเสริมกรดโฟลิก ยาเสริมธาตุเหล็กเกลือไอโอดีน ยาเม็ดรวมเสริมธาตุเหล็กโฟเลทและไอโอดีน แคลเซียม (ตามวินิจฉัยของแพทย์)

8) ลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

9) วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก หญิงมีครรภ์ ถ้ายังไม่เคยได้รับวัคซีน ให้ฉีดตามกำหนด 0, 1, 6 เดือน และกระตุ้นทุก 10 ปี (ตามมาตรฐานการฉีดวัคซีน dT ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข , 2558)

1.3 การฝากครรภ์ครั้งต่อไปของผู้รับบริการ

อัตราชดเชยบริการ เหมาจ่าย 400 บาทต่อครั้ง

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป อาทิ ชั่งน้ำหนัก , วัดส่วนสูง , วัดความดันโลหิต

2) ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจครรภ์

3) ให้สุขศึกษา

4) การให้คำปรึกษา (Counseling) หลังตรวจเลือด HIV และ ธาลัสซีเมีย

5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจ Confirm ตามวินิจฉัยของแพทย์หรือตอนใกล้คลอดหรือประมาณสัปดาห์ที่ 28-36)

- VDRL 1 ครั้ง
- HIV 1 ครั้ง

6) การให้คำแนะนำรายบุคคล ตามสภาพปัญหา

7) จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติตามความจำเป็น เช่น ยาเสริมกรดโฟลิก ยาเสริมธาตุเหล็กเกลือไอโอดีน ยาเม็ดรวมเสริมธาตุเหล็ก โฟเลท และไอโอดีน แคลเซียม (ตามวินิจฉัยของแพทย์)

8) ลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

9) ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์ และคัดกรองโรคซึมเศร้า และปัญหาการดื่มสุรา

10) ตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์ (เบิกชดเชยจากกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำในหญิงตั้งครรภ์)

หมายเหตุ

1) ในการรับบริการฝากครรภ์ (ANC) สำนักงานฯ ได้ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ ไปรับบริการตรงตามบัตร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรับบริการ และการส่งต่อไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อในช่วงอายุครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถไปรับบริการตรงตามบัตรได้ และไปรับบริการยังหน่วยงานของท่าน ขอให้หน่วยบริการให้บริการฝากครรภ์แก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพการฝากครรภ์

2) สำนักงานฯ ยังคงยึดระบบการส่งต่อไปฝากครรภ์ยังหน่วยบริการรับส่งต่อตามระบบเดิม กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิยังต้องส่งใบส่งตัว และหลักฐานการฝากครรภ์ แก่หน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อหน่วยบริการรับส่งต่อจะสามารถดูแลผู้รับบริการได้ทั้งในกรณีตั้งครรภ์ปกติ และเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน

3) ในการบันทึกข้อมูลครั้งที่การรับบริการ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลครั้งที่ของการรับบริการฝากครรภ์ เช่น หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกเวชกรรม A ครั้งที่ 1-4 และไปฝากครรภ์ ครั้งที่ 5 ที่โรงพยาบาล B ให้โรงพยาบาล B บันทึกครั้งที่บริการต่อเนื่องจากคลินิก A คือบันทึกเป็นครั้งที่ 5 ไม่ใช่ครั้งที่ 1

4) กรณีหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 10 ปีและมากกว่า 60 ปี ให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอเบิกชดเชยค่าบริการเป็นเอกสารโดยตรงกับสำนักงานฯ

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามแนวทางการบริการขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

2) กรณีสิทธิว่างจะได้รับการชดเชยเฉพาะการฝากครรภ์เพียงครั้งแรกเท่านั้น ครั้งต่อไปขอให้หน่วยบริการลงทะเบียนให้กับผู้รับบริการเพื่อรับบริการครั้งต่อไปตามสิทธิ

3) การบริการฝากครรภ์นี้ต้องดำเนินการภายในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น

4) การชดเชยบริการนี้เฉพาะกรณีการฝากครรภ์ปกติ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ถือว่าเป็นการตรวจรักษาโรคให้เบิกชดเชยตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ

5) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการในรูปแบบเอกสาร เช่น เวชระเบียน และ/หรือ ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ หลักฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบตรวจและผลการตรวจ อัลตราซาวน์ เป็นต้น เพื่อรับการตรวจสอบบริการ (Clinical & Financial audit) จากสำนักงานฯ

6) กรณีมีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำซ้อนในผู้รับบริการคนเดียวกัน เช่น ผู้รับบริการ 1 คน ไปรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก จากหน่วยบริการ/สถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง สำนักงานฯ จะชดเชยการบริการเพียง 1 ครั้ง/การตั้งครรภ์เท่านั้น โดยสำนักงานจะดำเนินการดังต่อไปนี้

6.1 กรณีสำนักงานฯ ได้รับข้อมูลบริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 จากหน่วยบริการ มากกว่า 1 หน่วยบริการ /สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในผู้รับบริการรายเดียวกัน กรณีที่ผู้รับบริการไปรับบริการ ANC ครั้งที่ 1 จริง ทั้ง 2 หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานฯ พิสูจน์หลักฐานแล้วว่าเป็นจริง จะพิจารณาจ่ายชดเชยบริการแก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

- หน่วยบริการให้บริการครบถ้วนตามข้อกำหนดทั้ง 2 หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานฯจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติที่ให้บริการก่อน (พิจารณาจากวันที่รับบริการจริง) ในอัตรา 1,200 บาท/คน ส่วนหน่วยบริการที่เบิกชดเชยมาพร้อมกันจะได้รับการชดเชยเป็นบริการ ANC ครั้งต่อไปในอัตรา 400 บาท

- หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 แต่มีหน่วยบริการหน่วยใดหน่วยหนึ่งให้บริการไม่ครบตามกิจกรรมที่กำหนด สำนักงานฯ จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้บริการครบถ้วนตามข้อกำหนด ในอัตรา 1,200 บาท และจ่ายชดเชยหน่วยบริการที่ให้บริการฝากครรภ์บางกิจกรรมหรือไม่ครบถ้วนในอัตรา 400 บาท

6.2 กรณีส่งข้อมูลให้บริการช้า/บันทึกข้อมูลไม่ทันการตัดรอบประมวลผลการจ่ายเงิน

- ข้อมูลการให้บริการที่เบิกชดเชยต้องไม่ซ้ำซ้อนกับที่บริการฯที่สำนักงานฯ จ่ายชดเชยบริการไปแล้ว

- กรณีที่ข้อมูลการให้บริการซ้ำกับที่สำนักงานฯ จ่ายชดเชยบริการไปแล้ว และหน่วยบริการส่งข้อมูลช้ากว่างวดการประมวลผลตัดรอบการจ่ายเงิน สำนักงานฯ จะเก็บข้อมูลการให้บริการไว้จ่ายชดเชยบริการปลายปีรวมกับกลุ่มส่งผลงานช้า และจ่ายชดเชยบริการเป็นการให้บริการ ANC ครั้งต่อไป อัตรา 400 บาท/ครั้ง

6.3 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- กรณีหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้บริการ ANC ครั้งที่ 1 จริง และต้องการรับค่าชดเชยบริการในอัตรา 1,200 บาท ให้หน่วยบริการทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อสืบหาข้อเท็จจริงต่อไป และสำนักงานฯ จะแจ้งผลการตรวจสอบข้อมูลให้หน่วยบริการเมื่อทราบข้อเท็จจริงและ จ่ายชดเชยบริการตามข้อเท็จจริงให้ในงวดถัดไป

- หากสำนักงานฯ ได้รับการร้องเรียนจากประชาชนหรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีการให้บริการที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ จะดำเนินการขอข้อมูลจากหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ถูกร้องเรียนและรอข้อมูลตอบกลับเป็นระยะเวลา 45 วัน หากสำนักงานฯ ไม่ได้รับข้อมูลตอบกลับภายใน 45 วัน จะถือว่าข้อร้องเรียนนั้นเป็นจริงและสำนักงานฯจะดำเนินการเรียกเงินคืน หรือหักเงินจ่ายในงวดต่อไป หรือลบข้อมูลการให้บริการออกจากระบบ

7) การส่งต่อผล Lab จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อเพื่อฝากครรภ์ต่อเนื่อง ขอให้หน่วยบริการดังกล่าวส่งเอกสารสำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแนบไปกับประวัติผู้รับบริการ/สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

8) การเบิกสมุดบันทึกแม่และเด็ก (ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ตามภาคผนวก)

1.4 การตรวจ Glucose challenge test (GCT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

อัตราชดเชยบริการ 70 บาทต่อครั้ง (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถตรวจ GCT ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 2 ครั้งต่อการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์

2) ต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Potential DM) ในรูปแบบเอกสารเก็บไว้ในเวชระเบียน (ตัวอย่างแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามภาคผนวก)

3) เป็นการตรวจระดับกลูโคสในหลอดเลือดโดยเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ

1.5 การตรวจ Oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวาน

อัตราชดเชยบริการ 200 บาท (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1) สามารถเบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น

2) ตรวจ OGTT ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เมื่อพบผลการตรวจ GCT ผิดปกติ

3) เป็นการตรวจระดับกลูโคสในหลอดเลือดโดยเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ

1.6 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติและสามี

1.6.1 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ

อัตราชดเชยบริการ

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ครั้งละ (บาท)	จำนวนความถี่ในการตรวจ
1. Hb typing	หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ	270	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
2. Alpha thalassemia-1	หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจMCV ต่ำกว่า 80 หรือผล OF +ve	800	
3. Beta thalassemia	หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลHb typing มีความผิดปกติในสายเบต้าธาลัสซีเมีย	3,000	
4. ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด กรณีคู่สมรสเป็นพาหะที่ลูกมีโอกาสเป็นโรค (PND)	หญิงตั้งครรภ์	2,500	

***** ข้อ 2-4 เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น*****

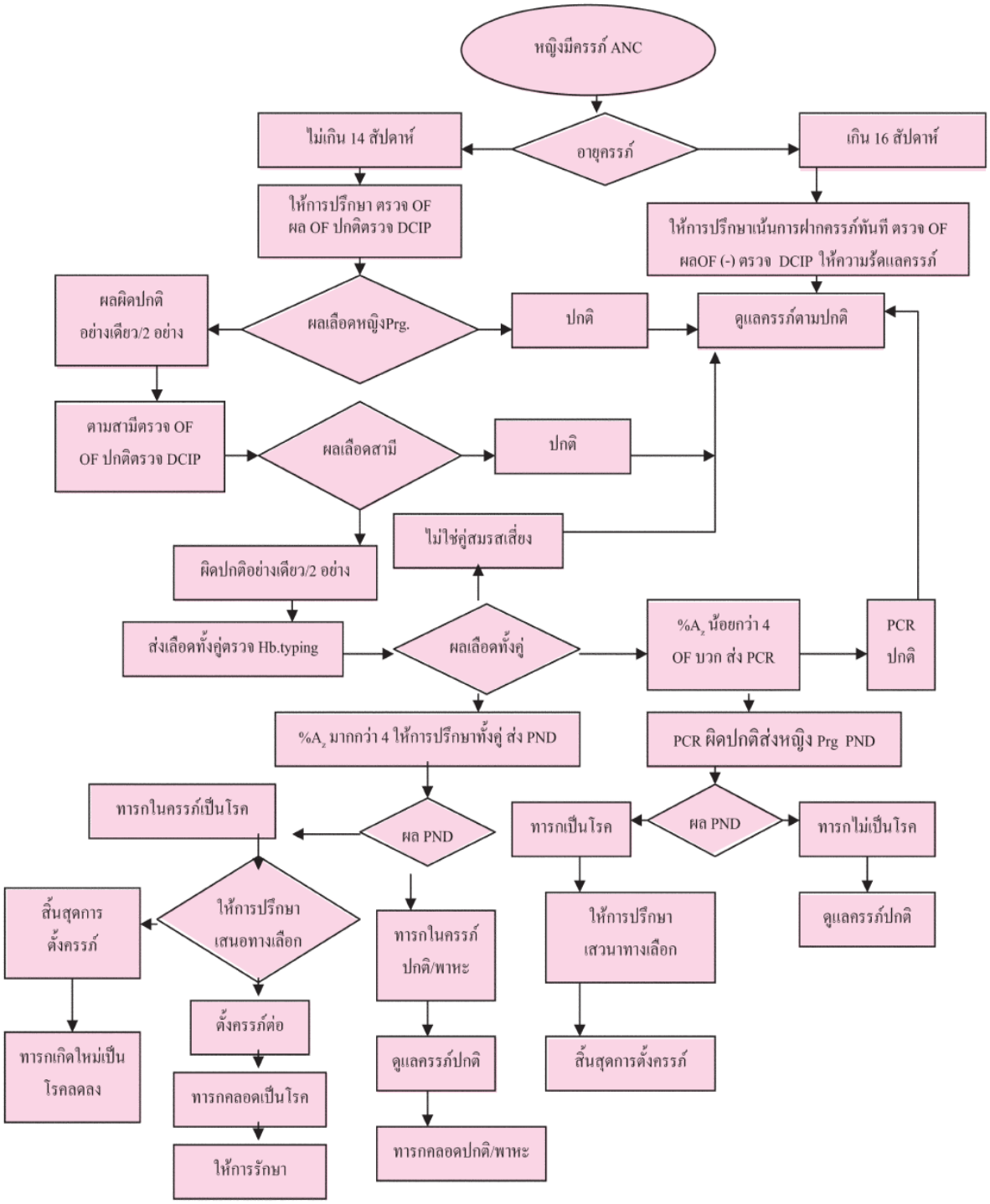
1.6.2 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียใน**สามีของหญิงตั้งครรภ์**ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

อัตราชดเชยบริการ

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ครั้งละ (บาท)	จำนวนความถี่ในการตรวจ
1. OF/MCV	สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ	50	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
2. DCIP/E Screening		70	
3. Hb typing	สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ	270	
4. Alpha thalassemia-1	สามีที่มีผลตรวจ MCV ต่ำกว่า 80 หรือผล OF +ve	800	
5. Beta - thalassemia	สามีที่มีผล Hb typing มีความผิดปกติในสายเบต้าธาลัสซีเมีย	3,000	

***** ข้อ 4-5 เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น*****

แนวปฏิบัติการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติของประเทศไทย



1.7 การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม

อัตราชดเชยบริการ

1) การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG , Unconjugated estriol , alpha fetoprotein (AFP) inhibin-A) รายละ 1,200 บาท

2) การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธี Amniocentesis รายละ 2,500 บาท

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ มากกว่า 35 ปี และมีประวัติการฝากครรภ์

2) การเบิกจ่ายชดเชย

- การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG ,Unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP) inhibin-A) พิจารณาส่งตรวจโดยสูติแพทย์

- การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธี Amniocentesis เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น

3) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเบิกชดเชยค่าตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์
1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์

4) ให้คำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์แก่คู่สมรสก่อนการตรวจคัดกรอง

5) การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์

1.8 การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตร้าซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 400 บาท (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

1) เป็นการตรวจคัดกรองเพื่อตรวจดูอายุทารกในครรภ์ และความสมบูรณ์ของทารก โดยต้องมีการอ่าน/แปลผลโดยสูติแพทย์

2) การชดเชยการรับบริการตรวจอัลตร้าซาวด์

- อัลตร้าซาวด์ ครั้งแรก หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้บริการฝากครรภ์ สามารถเบิกได้

- อัลตร้าซาวด์ ครั้งที่ 2 เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลที่ให้บริการฝากครรภ์

1.9 การยุติการตั้งครรภ์

อัตราชดเชยบริการ 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1) เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น

2) ข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์จากผลการตรวจพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงภาวะดาวน์ซินโดรม ธาลัสซีเมีย และการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเข้าเกณฑ์ตามกฎหมายโดยสมัครใจ

2) การตรวจหลังคลอด

กลุ่มเป้าหมาย หญิงหลังคลอด

2.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด
2) ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา
3) ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว
4) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5) ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

ให้บริการหญิงหลังคลอด ไม่เกิน 7 วันหลังคลอด (นับจากวันคลอด)

2.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด
2) ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา
3) ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว
4) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5) ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ ให้บริการหญิงหลังคลอด 8 - 15 วันนับจากวันคลอด

2.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3

อัตราชดเชยบริการ 500 บาท โดยให้บริการดังนี้

1) ตรวจสุขภาพแม่หลังคลอด	ราคา 150 บาท
2) ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)	ราคา 250 บาท
3) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก ไอโอดีน	ราคา 100 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด
2) ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา
3) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก ไอโอดีนกินทุกวัน หลังคลอดเป็นเวลา 3- 6 เดือน
4) ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว
5) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
6) ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา
7) ตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ ให้บริการหญิงหลังคลอด 16 - 60 วันนับจากวันคลอด

หมายเหตุ : 1) กรณีการตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3 ไม่ครบตามกิจกรรมที่กำหนด สำนักงานฯ จะชดเชยตามการให้บริการจริง

2) กรณีมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังคลอดแล้ว จะไม่สามารถใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้อีกในปีงบประมาณนั้น

3) ควรนัดหญิงหลังคลอดมาตรวจสุขภาพหลังคลอดในช่วง 16 - 42 วันหลังคลอด

3) การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด

กลุ่มเป้าหมาย เด็กทารกแรกเกิด

อัตราชดเชยบริการ

รายการ	อัตราชดเชย	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ค่าเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด	20 บาท /คน	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เจาะเลือดทารกแรกเกิด
ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	123.80 บาท/ครั้ง	-กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข -โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และ**เฟ็นนิลคีโตนยูเรีย**	235 บาท/ครั้ง	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
การตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน กรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	250 บาท /คน	หน่วยบริการที่ตรวจยืนยันเองโดยไม่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ให้ความรู้เรื่องภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนและตรวจคัดกรองกับมารดาก่อนการเจาะเลือด

2) มีทะเบียนทารกแรกเกิดที่ส่งตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนและบันทึกผลการตรวจคัดกรองทุกราย

3) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องมีข้อมูลที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ของมารดาหลังคลอดเพื่อแจ้งผลการคัดกรองและติดตามทารกกรณีผลการคัดกรองผิดปกติ

4) กรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ต้องติดตามทารกมาตรวจยืนยัน

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข บันทึกผลคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน ผ่านโปรแกรมที่สำนักงานฯกำหนด โรงพยาบาลรามาธิบดี บันทึกผลตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลบันทึกผลตรวจ คัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและเฟ็นนิลคีโตนยูเรีย โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯกำหนด

2) การตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน กรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เจาะเลือด เพื่อส่งตรวจยืนยันโดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

4) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน

4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด - 14 ปี

กลุ่มเป้าหมาย เด็กแรกเกิด – 14 ปี

อัตราชดเชยบริการ Dose ละ 20 บาท

ตาราง กำหนดการให้วัคซีนแก่เด็ก (EPI Program) ตามนโยบายและแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	BCG (บีซีจี)	ฉีดให้เด็กก่อนออกจากโรงพยาบาล (เด็กติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีอาการของโรคเอดส์ ไม่ให้ BCG)
	HB1 (ตับอักเสบบี)	ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
1 เดือน	HB2 (ตับอักเสบบี)	เฉพาะรายที่เด็กคลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี
2 เดือน	DTP-HB1 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน – ตับอักเสบบี) OPV1 (โปลิโอชนิดหยอด)	
4 เดือน	DTP-HB2 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน – ตับอักเสบบี) OPV2 (โปลิโอชนิดหยอด) , IPV (โปลิโอชนิดฉีด)	ให้วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด 1 เข็ม พร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิดหยอด 1 ครั้ง
6 เดือน	DTP-HB3 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน – ตับอักเสบบี) , OPV3 (โปลิโอชนิดหยอด)	
9 เดือน	MMR1 (หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)	หากไม่ได้ฉีดเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รีบติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1 ปี	LAJE1 (ไข้สมองอักเสบเจอี เชื้อเป็น)	
1 ½ ปี	DTP4 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน) OPV4 (โปลิโอชนิดหยอด)	
2 ½ ปี	LAJE2 (ไข้สมองอักเสบเจอีเชื้อเป็น)	
	MMR2 (หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)	
4 ปี	DTP5 (คอตีบ – บาดทะยัก ไอกรน) OPV5 (โปลิโอชนิดหยอด)	

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
6-7 ปี (ป.1)	MR (หัด-หัดเยอรมัน) HB (ตับอักเสบ) LAJE (ไข้สมองอักเสบเชื้อเป็น) IPV (โปลิโอชนิดฉีด) dT (คอตีบ – บาดทะยัก) , OPV (โปลิโอชนิดหยอด)	เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์
	BCG (บีซีจี)	1.ให้ในกรณีไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิด และไม่มีแผลเป็น 2. ไม่ให้ในเด็กติดเชื้อ HIV ที่มีอาการของโรคเอดส์
11 ปี (นักเรียนหญิง ป.5)	HPV1 ,HPV2 (เอชพีวี)	ให้ 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน
12 ปี (ป.6)	dT (คอตีบ-บาดทะยัก)	ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข ฉีดให้เด็กนักเรียน ป.6

ที่มา : กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

หมายเหตุ 1. วัคซีนทุกชนิดถ้าไม่สามารถเริ่มให้ตามกำหนดได้ ก่อนเริ่มให้ได้ทันทีที่พบครั้งแรก

2. วัคซีนที่ต้องให้มากกว่า 1 ครั้ง หากเด็กเคยได้รับวัคซีนมาบ้างแล้ว และไม่ได้มารับครั้งต่อไปตามกำหนดนัด ให้วัคซีนครั้งต่อไปนั้นได้ทันทีเมื่อพบเด็ก โดยไม่ต้องเริ่มต้นครั้งที่ 1 ใหม่

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) เด็กแรกเกิดที่ยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ให้บันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยด้วย (HN)

2) เด็กต่างด้าว บันทึกการให้บริการในบุคคลต่างด้าว โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

<u>4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่</u>

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ Dose ละ 20 บาท

ตาราง กำหนดการให้วัคซีนผู้ใหญ่ ตามนโยบายและแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
20 ปีขึ้นไป	dT (คอตีบ-บาดทะยัก)	ผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

กลุ่มเป้าหมาย กำหนดการรณรงค์และการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลปีงบประมาณ 2560 เป็นไปตามแผนการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราชดเชยบริการ 20 บาท/ครั้ง

เงื่อนไขการบริการ รายงานผลการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สำหรับหน่วยบริการเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยส่งผ่าน โปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

หมายเหตุ คำแนะนำทั่วไป สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ตามผนวก)

5) การตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปี

กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 70 บาท เบิกชดเชยได้ไม่เกิน 5 ครั้ง ในขวบปีแรก และไม่เกินปีละ 1 ครั้ง ในช่วงอายุ 1-5 ปี

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

2) ตรวจร่างกายทั่วไป

3) ประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ รายละเอียดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือแบบประเมินพัฒนาการเด็ก

4) ให้คำแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครอง เรื่องการเลี้ยงดู ส่งเสริมทักษะ ส่งเสริมสุขนิสัยที่ดี การป้องกันอุบัติเหตุ และลดความเสี่ยง

5) ให้คำแนะนำแนวทางส่งเสริมพัฒนาการ และส่งต่อกรณีพบพัฒนาการล่าช้า

6) บันทึกผลการประเมินพัฒนาการ รายละเอียดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือแบบประเมินพัฒนาการเด็ก

7) กรณีเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ให้ลงทะเบียนเด็กกลุ่มเสี่ยง และนัดประเมินพัฒนาการเพิ่มเติมหรือส่งต่อ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) หน่วยบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

2) เบิกชดเชยได้ไม่เกินปีละ 5 ครั้ง ในขวบปีแรก และไม่เกินปีละ 1 ครั้ง ในช่วงอายุ 1-5 ปี โดยต้องเป็นการให้บริการในวันเดียวกับวันที่มารับวัคซีนตามนัด (ยกเว้น BCG, HB ตอนแรกเกิด)

3) ให้บริการในเด็กที่มีสุขภาพดี (Well Baby) ในวันที่ให้บริการ หากสำนักงานฯ ตรวจพบว่าเด็กมารับบริการรักษาในวันที่ตรวจพัฒนาการ จะถือว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด สำนักงานฯ จะขอระงับการจ่ายเงินหรือเรียกเงินคืนในกิจกรรมนี้

4) สามารถบันทึกการประเมินพัฒนาการเด็กได้ตั้งแต่อายุ 1 เดือนขึ้นไปถึงอายุ 5 ปี

หมายเหตุ ช่วงอายุ 3 ปี สามารถเบิกค่าตรวจคัดกรองพัฒนาการแยกจากบริการให้วัคซีนได้ เนื่องจากในช่วงอายุดังกล่าวไม่มีตารางรับบริการวัคซีน (EPI Program)

5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า

กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ตรวจร่างกาย ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบอก

2) เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปี แล้ว พบว่าเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลและนัดผู้ปกครองนำเด็กกลับมารับการประเมินซ้ำด้วยคู่มือเดิมในระยะเวลา 1 เดือนต่อมา ถ้าพัฒนาการเด็กยังไม่ดีขึ้นให้บริการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า

3) ให้คำแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครอง อาทิ เรื่องการประเมินพัฒนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ การส่งต่อการรักษา

4) บันทึกผลการประเมินพัฒนาการ รายละเอียดตามแบบบันทึกการประเมินพัฒนาการของเครื่องมือนั้นๆ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) ให้บริการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือThai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า

2) หน่วยบริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการ ดังนี้

- จัดสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน
- มีคู่มือ/อุปกรณ์/แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ชุดบัตรภาพ ประกอบการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) หรือเครื่องมือเทียบเท่าครบถ้วน เหมาะสม เพียงพอ พร้อมใช้งาน

3) กรณีสำนักงานฯ ตรวจพบหรือมีข้อร้องเรียนว่าผู้ดำเนินงานบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จแล้วสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่าบันทึกข้อมูลครั้งนั้นเป็นเท็จ สำนักงานฯ จะไม่จ่ายเงินสนับสนุนการให้บริการในครั้งนั้นกับหน่วยบริการ

4) หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบหรือมีข้อร้องเรียนว่ามีการบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จ ในภายหลัง หน่วยบริการจะต้องคืนเงินที่ได้รับไปแล้วให้สำนักงานฯ ถ้าหน่วยบริการไม่คืนสำนักงานฯ มีสิทธิหักเงินสนับสนุนที่พึงจะจ่ายให้แก่หน่วยบริการ

5) หน่วยบริการจะต้องเก็บเอกสารการให้บริการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติงานหรือเอกสารในหน่วยบริการได้ตลอดเวลาที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

6) กิจกรรมนี้ชดเชยเฉพาะหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แสดงความจำนงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เท่านั้น

7) ผู้รับบริการที่นำข้อมูลมาบันทึกเพื่อขอรับค่าชดเชยบริการต้องยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีปัญหาด้านพัฒนาการไม่สมวัย

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ตรวจร่างกาย ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบอก

2) ให้บริการกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล ด้วยเครื่องมือThai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า ในด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองและสังคม

3) ให้ความรู้ คำแนะนำ ผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการแก่ผู้ปกครอง

4) บันทึกผลการให้บริการกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล รายละเอียดตามแบบบันทึกการประเมินพัฒนาการของเครื่องมือนั้นๆ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) ให้บริการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า

2) หน่วยบริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการ ดังนี้

- จัดสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน
- มีคู่มือ/อุปกรณ์/แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ชุดบัตรภาพ ประกอบการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) หรือเครื่องมือเทียบเท่าครบถ้วน เหมาะสม เพียงพอ พร้อมใช้งาน

3) กรณีสำนักงานฯ ตรวจพบหรือมีข้อร้องเรียนว่าผู้ดำเนินงานบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จแล้วสำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่าบันทึกข้อมูลครั้งนั้นเป็นเท็จ สำนักงานฯ จะไม่จ่ายเงินสนับสนุนการให้บริการในครั้งนั้นกับหน่วยบริการ

4) หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบหรือมีข้อร้องเรียนว่ามีการบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จในภายหลัง หน่วยบริการจะต้องคืนเงินที่ได้รับไปแล้วให้สำนักงานฯ ถ้าหน่วยบริการไม่คืนสำนักงานฯ มีสิทธิหักเงินสนับสนุนที่พึงจะจ่ายให้แก่หน่วยบริการ

5) หน่วยบริการจะต้องเก็บเอกสารการให้บริการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติงานหรือเอกสารในหน่วยบริการได้ตลอดเวลาที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

6) กิจกรรมนี้ชดเชยเฉพาะหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่แสดงความจำนงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เท่านั้น

7) ผู้รับบริการที่นำข้อมูลมาบันทึกเพื่อขอรับค่าชดเชยบริการต้องยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

6) การคัดกรองภาวะซีด

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงภาวะซีด ตามช่วงวัยดังนี้

ช่วงอายุ	การให้บริการ
อายุแรกเกิด - 2 ปี	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ
อายุ 3 - 6 ปี	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ

ช่วงอายุ	การให้บริการ
อายุ 7- 12 ปี	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ
อายุ 13 - 24 ปี (เพศหญิง)	จำนวน 1 ครั้งต่อช่วงอายุ

อัตราชดเชย อัตราชดเชยขึ้นอยู่กับประเภทการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

- ค่าตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) ราคา 60 บาท
- ค่าตรวจความเข้มข้น (Hematocrit/Hb) ราคา 30 บาท

เงื่อนไขการเบิกจ่าย สำนักงานฯ ชดเชยค่าบริการ 1 ครั้ง/คน/ช่วงอายุ/ต่อ 1 รายการ

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องการ

1) ซักประวัติการรับประทานอาหาร ประวัติบุคคลในครอบครัว

2) เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโลหิตซีด

3) ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซีดกับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองก่อนและหลังการคัดกรอง

4) บันทึกผลการคัดกรองลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5) แจ้งผลการคัดกรองให้กับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองทราบ

6) กรณีผลการตรวจเลือดพบความผิดปกติ ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา

***** กรณีเจาะเลือดในเด็กต้องได้รับการอนุญาตจากพ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษรและเก็บไว้เป็นหลักฐาน*****

7) การวางแผนครอบครัว

7.1 การคุมกำเนิดชั่วคราว

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

อัตราชดเชยบริการ การคุมกำเนิดชั่วคราว

การคุมกำเนิด	หน่วยนับ	อัตราชดเชย	จำนวนความถี่การให้บริการ
ยาเม็ดคุมกำเนิด	แผงละ	40 บาท	ไม่เกิน 13 แผงต่อปี
ยาฉีดคุมกำเนิด	เข็มละ	60 บาท	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี
ยาฝังคุมกำเนิด	ครั้งละ	2,500 บาท	3 ปี ต่อ 1ครั้ง
ห่วงอนามัยคุมกำเนิด	ครั้งละ	800 บาท	1 ครั้งต่อปี

*****ไม่ครอบคลุมการใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อการรักษา*****

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) ซักประวัติ เช่น การมีประจำเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก เต้านมประจำปี ประวัติการได้รับการวางแผนครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา

2) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

7.2 การคุมกำเนิดถาวร

กลุ่มเป้าหมาย วัยเจริญพันธุ์ เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วน

อัตราชดเชยบริการ

การคุมกำเนิด	หน่วยนับ	อัตราชดเชย
หมันชาย	คนละ	500 บาท
หมันหญิง (เฉพาะหมันแห้ง)	คนละ	1,000 บาท

**** การทำหมันเปียกถือเป็นกรณีผู้ป่วยใน (IP) ให้เบิกชดเชยจากระบบปกติที่สำนักงานฯ กำหนด****

8) การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป

8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 20 บาท ชดเชยไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี

*** กิจกรรมนี้ไม่สามารถเบิกชดเชยร่วมกับกิจกรรมฝากครรภ์ และตรวจหลังคลอดได้ หญิงอยู่ในช่วงให้นมบุตรและมีประจำเดือน ***

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) บุคลากรสาธารณสุข ควรแนะนำให้ผู้รับบริการทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการให้บริการนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2) ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีคลำเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข

8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 250 บาท (1 ครั้งต่อคนต่อปี)

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องแจ้งผลการตรวจ Pap smear ให้ผู้รับบริการทราบ ทุกกรณี (ทั้งกรณีปกติ และผิดปกติ) โดยมอบเอกสารแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง และติดตามหรือแจ้งให้ผู้รับบริการที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้ารับการรักษาตามสิทธิการรักษา

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บันทึกข้อมูลการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (หน่วยบริการตรวจคัดกรอง) ให้ครบถ้วน

2) หน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ภายในหน่วยบริการของตนเอง ให้ส่งสไลด์ไปตรวจยังห้องปฏิบัติการที่ผ่านการตรวจประเมินจากสำนักงานฯ ตามรายชื่อที่สำนักงานฯ กำหนด

3) หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนดให้ครบถ้วน

หมายเหตุ 1. กรณีจัดบริการเชิงรุกในชุมชนต้องเป็นไปตามพรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2555

2. สำนักงานฯ จ่ายชดเชยเมื่อมีการบันทึกข้อมูลครบทั้ง 2 ส่วน ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (หน่วยบริการตรวจคัดกรอง) และผลการบันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

8.3 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษากรณี Epithelial Cell Abnormality

อัตราชดเชย 100 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบผลการตรวจคัดกรองและได้รับการดูแลรักษากรณีผลการตรวจผิดปกติ

เงื่อนไขชดเชย

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และประสานผู้รับบริการเพื่อแจ้งผล/ติดตามการรักษา ในกรณีผลการตรวจเป็น Epithelial Cell Abnormality

2) บันทึกข้อมูลการแจ้งผล/ติดตามการรักษาผ่าน Follow Papsmear โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

3) ผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2561

8.4 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษากรณี Endocervical adenocarcinoma in situ

อัตราชดเชย 1,000 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบผลการตรวจคัดกรองและได้รับการติดตามเพื่อเข้ารับการดูแลรักษาในระยะเริ่มต้น

เงื่อนไขชดเชย

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและประสานผู้รับบริการเพื่อแจ้งผล/ติดตามการรักษา ในกรณีผลการตรวจเป็น Endocervical adenocarcinoma in situ

2) บันทึกข้อมูลการแจ้งผล/ติดตามการรักษาผ่าน Follow Papsmear โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯกำหนดผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2561

9. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)

ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ

1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ชดเชย 50 บาท /ครั้ง/คน/ปี กลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปีขึ้นไป

2) การตรวจคัดกรองไขมัน (Total Cholesterol ,HDL,LDL และTriglyceride) ชดเชย 300 บาท /ครั้ง/คน/ปี

- บุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีประวัติเสี่ยง และมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม²
- บุคคลที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ต้องมีประวัติบิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ

**** ชดเชยเฉพาะวิธีการเจาะเลือดทาง Vein เท่านั้น****

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบเอว การตรวจเลือดโดย DTX หรือ FBS เพื่อหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่

- DTX / FBS ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
- Total Cholesterol,HDL,LDL และTriglyceride ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง

หมายเหตุ 1. กรณีจัดบริการเชิงรุกในชุมชนต้องเป็นไปตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 พ.ศ.2555 และ พ.ศ.2559

2. แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ตามภาคผนวก

10) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease)

ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงแล้ว พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

คุณสมบัติของหน่วยที่ให้บริการ

1) เป็นหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความพร้อมในการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) มีบุคลากรที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการเสริมพลังกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก หรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

อัตราชดเชยบริการ รายละ 2,000 บาท รวมการตรวจยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) จัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนงานโครงการที่ได้รับตามความเห็นชอบของสำนักงานฯ

2) บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมบันทึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม BCPWEB และแบบรายงานที่สำนักงานกำหนด

3) มีคุณสมบัติครบถ้วน และผ่านเกณฑ์ตามที่สำนักงานกำหนด

ขั้นตอนการดำเนินงานและอัตราชดเชย รายละเอียดดังตารางดังนี้

ลำดับ	การดำเนินการ	การรายงาน	อัตราชดเชยบริการ (บาท)
1	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลส่งแบบตอบรับ	ส่งเอกสารที่ สปสช.เขต 13 กทม.	
2	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลเสนอโครงการ	ส่งเอกสารที่ สปสช.เขต 13 กทม.	
3	รวบรวม และพิจารณาโครงการ ที่หน่วยบริการ/ สถานพยาบาลเสนอเข้าร่วมโครงการ	ส่งเอกสารที่ สปสช.เขต 13 กทม.	
4	4.1 ดำเนินงานตามแผนงานโครงการ 4.2 บันทึกแผนงานและเป้าหมายปรับเปลี่ยนฯ (บันทึกตามแบบฟอร์ม ป1)	บันทึกผ่านโปรแกรม BCPWEB	500.00
5	รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2	บันทึกผ่านโปรแกรม BCPWEB	500.00
6	รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4	บันทึกผ่านโปรแกรม BCPWEB	500.00
7	รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ครั้งที่ 5	บันทึกผ่านโปรแกรม BCPWEB	500.00

11) การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

กลุ่มเป้าหมาย

1) บุคคลที่มี **อายุ 30 ปีขึ้นไป** ที่ป่วยด้วยด้วยโรคเรื้อรัง

2) ผู้สูงอายุ **อายุ 65 ปีขึ้นไป**

3) คนพิการ

อัตราชดเชยบริการ รายละ 300 บาท แบ่งจ่ายเป็นขั้นตอนดังนี้

1) ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 จ่ายชดเชยบริการต่อการให้บริการผู้รับบริการ 1 ราย ดังนี้

กิจกรรม	อัตราชดเชยต่อผู้รับบริการ 1 ราย (บาท)
1.1 การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)	20 บาท เบิกได้ 2 ครั้งต่อปี โดยครั้งที่ 2 เบิกได้ในกรณี ครั้งแรก 2Q ได้ผลลบ
1.2 การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ให้ผลบวก	30
1.3 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	50
1.4 การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม(9Q) และ/หรือ 8 คำถาม(8Q)ให้ผลบวก ***และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด***	100

2) ดำเนินกิจกรรมครบ ขั้นตอนที่ 2 จ่ายชดเชย รายละ 100 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

กิจกรรมขั้นตอนที่ 1

1) การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)

2) การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม ให้ผลบวก

3) การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม มากกว่าหรือเท่ากับ 7

4) การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถามให้ผลบวก และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด

กิจกรรมขั้นตอนที่ 2

ติดตามประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน หรืออย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม (ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) สำนักงานฯ จะชดเชยบริการให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/หน่วยงาน ที่ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรได้ผ่านการอบรมจากสถาบันหรือองค์กรที่น่าเชื่อถือ โดยใช้มาตรฐานเดียวกับกรมสุขภาพจิต หรือแบบประเมินมาตรฐานอื่น เช่น ราชวิทยาลัย

2) ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ป่วย OP หรือ IP หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นๆ เพราะเป็นการให้บริการต่อเนื่อง

3) ผู้รับบริการ 1 ราย ต้องมีประวัติการรับบริการตรวจคัดกรองตามขั้นตอนที่สำนักงานฯ กำหนดจึงจะได้รับการชดเชยบริการ

12. บริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ

ตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป) ที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ทุกสิทธิการรักษา (ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนท้องถิ่น และสิทธิว่าง)

หน่วยให้บริการ หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราการชดเชยค่าบริการ 100 บาท/คน/ปี

การให้บริการและการชดเชยการบริการ

1) บุคลากรที่ให้บริการต้องผ่านการอบรมหรือมีความรู้ในการแบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร. ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL)

2) ให้บริการตรวจคัดกรองศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามแบบบันทึกการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต ADL (ตามภาคผนวก)

3) รายงานผลการคัดกรองรายบุคคลและสรุปผลการให้บริการ เพื่อขอชดเชยการบริการตามที่สำนักงานฯ กำหนด และเก็บบันทึกการให้บริการคัดกรองไว้ที่หน่วยบริการเพื่อเป็นหลักฐาน

13. การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร(UC) ตรงตามหน่วยบริการที่ให้บริการ

หน่วยให้บริการ หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการ P&P

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 50 บาท คนละไม่เกิน 12 ครั้ง ต่อปี

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านต่างๆ ดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับโรค
2) อาหารและภาวะโภชนาการ
3) การออกกำลังกาย
4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
5) การรับประทานยาและการดูแลตนเอง
6) กิจกรรมคลายเครียด
7) อื่นๆตามสภาวะผู้รับบริการ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีสาขาสุขภาพ เช่น พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข

แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบริการพื้นฐาน ปีงบประมาณ2561 : P&P basic services

การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันเชิงรุก ปีงบประมาณ 2561
อัตราชดเชยค่าบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก รายกิจกรรม

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ	หน่วยให้บริการบริการ
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)	ครั้งละ	100	คน/ปีการศึกษา	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการเชิงรุก
2. ทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษา				หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการทันตกรรมเชิงรุก
2.1 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่1-2				
- ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	ครั้งละ	100	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	
- เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง	ครั้งละ	100	2 ครั้ง/ปีการศึกษา	
- เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	ซี่ละ	250	ตามความจำเป็น	
- ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	ครั้งละ	250	1ครั้ง/ปีการศึกษา	
- อุดฟัน (ถาวร)ฟันน้ำนม,ฟันแท้	1ด้าน >1ด้าน	350/ซี่ 400/ซี่	ตามความจำเป็น ตามความจำเป็น	
- ถอนฟันน้ำนม	ซี่ละ	200	ตามความจำเป็น	
- การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	ซี่ละ	-พัลโพโตมี่ 480/ซี่ -พัลเพคโตมี่ฟันหลัง970/ซี่	ตามความจำเป็น ตามความจำเป็น	
2.2 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6				หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการทันตกรรมเชิงรุกภาครัฐ
- ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	ครั้งละ	100	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	
- เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	ซี่ละ	250	ตามความจำเป็น	
- เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง	ครั้งละ	100	2 ครั้ง/ปีการศึกษา	
- อุดฟันแท้	1ด้าน >1 ด้าน	350/ซี่ 400/ซี่	ตามความจำเป็น ตามความจำเป็น	
- ถอนฟัน	ซี่ละ	200	ตามความจำเป็น	

- ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	ครั้งละ	250	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	
รายการ	**หน่วย**	**อัตราชดเชย (บาท)**	**เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ**	**หน่วยให้บริการบริการ**
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน				หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการเชิงรุก
3.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่	ครั้งละ	20	ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี	
3.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear	ครั้งละ	250	1 ครั้งต่อปี	
3.3 การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน				
- คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดเส้นรอบเอวและตรวจเลือดหาน้ำตาลในเลือด	ครั้งละ	50	1 ครั้งต่อปี	
- การตรวจหา Total Cholesterol,HDL,LDL, Triglyceride (เจาะเลือดทาง Vein) เฉพาะกรณีอายุ35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยงและมีค่า BMI มากกว่า25กก/ม² หรืออายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มีประวัติบิดา มารดา เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ	ครั้งละ	300	1 ครั้งต่อปี	

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ปีงบประมาณ 2561

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิว่าง

ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนด กิจกรรม เงื่อนไข และอัตราค่าชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ดังนี้

1) ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)

กลุ่มเป้าหมาย เด็กนักเรียนชั้น ป.1 - ป.6 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

อัตราชดเชยบริการ 100 บาท / คน / ปีการศึกษา

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กนักเรียน ดังนี้

1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต

2) ซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย และรับภูมิคุ้มกันโรค บันทึกไว้เป็นหลักฐาน โดยพยาบาลวิชาชีพ

3) ตรวจร่างกายทุกระบบ (ตรวจร่างกาย 10 ท่า)

4) วัดสายตาด้วยแผนภูมิสเนลเลน (Snellen’s Chart)

5) ตรวจการได้ยินอย่างง่าย

6) ประเมินสภาวะช่องปาก

7) ประเมินภาวะซีด

8) ประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก 2 เกณฑ์ คือ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

9) สอนสุขศึกษา หรือจัดกิจกรรมให้ความรู้กับนักเรียน / ครู

10) กรณีตรวจคัดกรองสุขภาพแล้วพบความเสี่ยง หรือความผิดปกติด้านสุขภาพ ให้ดำเนินการให้คำปรึกษาหรือส่งต่อรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ

11) ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น สำหรับนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น การให้ยากำจัดเหา

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) เป็นหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานพยาบาลร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 พ.ศ.2555 และ พ.ศ. 2559

2) มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตรากำลัง และแผนออกปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร

3) มีความพร้อมในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน

<u>ด้านบุคลากร</u>

- แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน
- ต้องมีผู้รับผิดชอบหลักและผู้ประสานงาน อย่างน้อย 1 คน

- ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน

ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์

- มีเครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามมาตรฐาน และพาหนะ เป็นต้น
- บัตรสุขภาพนักเรียน (สศ.3) หรือเป็นแบบบันทึกที่เทียบเท่า หรือแบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง เป็นต้น

การแบ่งพื้นที่การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน (อนามัยโรงเรียน) เป็น 6 โซน

โซน	ชื่อเขตที่อยู่ในพื้นที่
1	พระนคร ปทุมวัน ยานนาวา บางคอแหลม สัมพันธวงศ์ สาทร ป้อมปราบฯ บางรัก (8 เขต)
2	บางนา คลองเตย วัฒนา ประเวศ พระโขนง บางกะปิ สวนหลวง สะพานสูง (8 เขต)
3	ดินแดง ลาดพร้าว วังทองหลาง ห้วยขวาง มีนบุรี หนองจอก คลองสามวา บึงกุ่ม คันนายาว ลาดกระบัง (10 เขต)
4	ราชเทวี บางซื่อ ดุสิต พญาไท จตุจักร หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม บางเขน (9 เขต)
5	บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ บางพลัด บางแค ภาษีเจริญ หนองแขม ทวีวัฒนา ตลิ่งชัน ธนบุรี (9 เขต)
6	คลองสาน จอมทอง บางบอน ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ บางขุนเทียน (6 เขต)
หมายเหตุ: การแบ่งโซนอ้างอิงตาม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	

เกณฑ์ของการจัดสรรพื้นที่การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ดังนี้

1) หน่วยบริการให้บริการอนามัยโรงเรียนแก่โรงเรียนเป้าหมายตามโซนที่สำนักงานฯ กำหนด (หน่วยบริการและโรงเรียนอยู่ในโซนเดียวกัน)

2) กรณีการให้บริการข้ามโซน

2.1 เป็นโรงเรียนที่ไม่มีหน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในโซนรับผิดชอบในการให้บริการ

2.2 เป็นพื้นที่หรือเขตติดต่อ หรือ ใกล้เคียงกับหน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเข้าให้บริการ

2.3 ต้องเสนอแผนการจัดบริการและได้รับการอนุมัติ จาก สำนักงานฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตอบรับการดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกพร้อมจัดทำแผนการบริการส่งให้ สปสช.

2) สำนักงานฯ สรุปข้อมูล จัดสรรเป้าหมายตามพื้นที่บริการ จัดทำแผนของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) แจ้งแผนให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการตามแผน

4) กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางและแผน

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

1) เป้าหมายโรงเรียนที่ให้บริการต้องเป็นโรงเรียนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่หน่วยบริการแจ้งไว้กับสำนักงานฯ กรณีให้บริการซ้ำซ้อน สำนักงานฯ จะพิจารณาเบิกจ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการตามแผนของสำนักงานฯ

2) ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพ

3) ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด

4) บันทึกข้อมูลการบริการผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

5) ผู้ให้บริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการตรวจสุขภาพ จากเด็กนักเรียนได้ กรณีที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามที่สำนักงานฯ กำหนด

6) จะต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อพร้อมให้สำนักงานฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ

<u>หมายเหตุ</u>

โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. การบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1) เพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันผุในกลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษา

2) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันในกลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-2 และประถมศึกษาปีที่ 6 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุก

1) กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ให้ดำเนินการดังนี้

- ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน
- ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและสอนการแปรงฟัน
- แจกแปรงสีฟัน (ที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับช่วงวัย)
- รายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากรายบุคคลของเด็กนักเรียนแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ และสรุปรายงานผลภาพรวมการตรวจสุขภาพช่องปากให้กับโรงเรียน
- มีระบบการส่งต่อ กรณีตรวจคัดกรองแล้วพบความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ ให้ดำเนินการให้คำแนะนำและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษากับหน่วยบริการ / สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานฯ หรือส่งต่อรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ

2) กิจกรรมบริการทันตกรรมแบบผสมผสาน (Comprehensive care) ในหน่วยบริการ เมื่อผลการตรวจคัดกรองพบความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ กรณีมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อ หน่วยบริการสามารถให้บริการได้ตามกิจกรรม ดังนี้

- เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง
- เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้
- ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก
- อุดฟัน (ถาวร) ฟันน้ำนม,ฟันแท้
- ถอนฟันน้ำนม
- การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทันตกรรมและความพร้อมในการจัดบริการ

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งความประสงค์หรือแสดงความจำนงการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในโรงเรียน

2) หน่วยให้บริการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยให้บริการด้านทันตกรรม

3) มีความพร้อมด้านบุคลากร ผู้ให้บริการต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ

4) มีความพร้อมด้านเครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน

การแบ่งพื้นที่การบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุก เป็น 6 โซน

โซน	ชื่อเขตที่อยู่ในพื้นที่
1	พระนคร ปทุมวัน ยานนาวา บางคอแหลม สัมพันธวงศ์ สาทร ป้อมปราบฯ บางรัก (8 เขต)
2	บางนา คลองเตย วัฒนา ประเวศ พระโขนง บางกะปิ สวนหลวง สะพานสูง (8 เขต)
3	ดินแดง ลาดพร้าว วังทองหลาง ห้วยขวาง มีนบุรี หนองจอก คลองสามวา บึงกุ่ม คันนายาว ลาดกระบัง (10 เขต)
4	ราชเทวี บางซื่อ ดุสิต พญาไท จตุจักร หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม บางเขน (9 เขต)
5	บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ บางพลัด บางแค ภาษีเจริญ หนองแขม ทวีวัฒนา ตลิ่งชัน ธนบุรี (9 เขต)
6	คลองสาน จอมทอง บางบอน ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ บางขุนเทียน (6 เขต)
หมายเหตุ: การแบ่งโซนอ้างอิงตาม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	

เกณฑ์ของการจัดสรรพื้นที่การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ดังนี้

1) หน่วยบริการให้บริการแก่โรงเรียนเป้าหมายตามโซนที่สำนักงานฯ กำหนด (หน่วยบริการและโรงเรียนอยู่ในโซนเดียวกัน)

2) กรณีการให้บริการข้ามโซน

2.1 เป็นโรงเรียนที่ไม่มีหน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบในการให้บริการ

2.2 เป็นพื้นที่หรือเขตติดต่อ หรือ ใกล้เคียงกับหน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะเข้าให้บริการ

2.3 ต้องเสนอแผนการจัดบริการและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตอบรับการดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกพร้อมจัดทำแผนการบริการส่งให้สำนักงานฯ

2) สำนักงานฯ สรุปข้อมูล จัดสรรเป้าหมายตามพื้นที่บริการ จัดทำแผนของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3) แจ้งแผนให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการตามแผน

4) กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางและแผน

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

1) ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด

2) บันทึกข้อมูลการบริการเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

3) ผู้ให้บริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับรับบริการ กรณีที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามที่สำนักงานฯ กำหนด

4) ผู้ให้บริการจะต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อพร้อมให้สำนักงานฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ

ตารางกิจกรรมบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุก สำหรับเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม	อัตราชดเชยค่าบริการ	เงื่อนไขการชดเชย	หน่วยให้บริการ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-2	ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการทันตกรรมเชิงรุก
	เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง	100 บาท/ครั้ง	2 ครั้ง/ปีการศึกษา	
	เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	250 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	250 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	
	อุดฟัน (ถาวร) ฟันน้ำนม,ฟันแท้	1 ด้าน = 350 บาท/ซี่ มากกว่า 1 ด้าน = 400บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ถอนฟันน้ำนม	200 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	-พัลโพโตมี่ = 480 บาท/ซี่ -พัลเพคโตมี่ ฟันหลัง=970 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการทันตกรรมเชิงรุก (เฉพาะภาครัฐ)
	เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	250 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	เคลือบฟลูออไรด์เจล หรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง	100 บาท/ครั้ง	2 ครั้ง/ปีการศึกษา	
	อุดฟันแท้	1 ด้าน = 350 บาท/ซี่ มากกว่า 1 ด้าน = 400 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ถอนฟัน	200 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	250 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	

หมายเหตุ

1. บุคลากรผู้ให้บริการด้านทันตกรรมทุกประเภทต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเท่านั้น การให้บริการทุกประเภทจะต้องมีการบันทึกข้อมูลและเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการเพื่อพร้อมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ และต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้อย่างน้อย 5 ปี

2. โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3) บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

1) เป็นโรงพยาบาลรัฐ/เอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 พ.ศ.2555 และ พ.ศ. 2559 โดยแจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกมายังสำนักงานฯ

2) มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตรากำลัง แผนออกปฏิบัติงานเชิงรุกเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งแจ้งแผนมายังสำนักงานฯ ตรวจสอบก่อนออกปฏิบัติงานเชิงรุก

3) มีความพร้อมในการจัดบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุขการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear และการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มเมตาบอลิก (Metabolic Disease) เชิงรุก ดังนี้

3.1 บุคลากร ต้องมีผู้รับผิดชอบหลักและผู้ประสานงานในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นวิชาชีพ ต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน

3.2 เครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และพาหนะ

3.3 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Pap smear อย่างน้อยต้อง ประกอบด้วย เตียงสำหรับตรวจ ภายใน ชุดชำระปราศจากเชื้อ, Bivalve vagina Speculum, Ayres' spatula, อุปกรณ์พร้อมน้ำยาสำหรับแช่สไลด์, ถุงมือปราศจากเชื้อ,ไม้พันสำลี ,ผ้าปิดตา , ผ้าคลุมเข่า, โคมไฟ, ดินสอสำหรับเขียน สไลด์

3.4 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิกอย่างน้อยต้องประกอบด้วยเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว อุปกรณ์ในการ เจาะเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต

3.5 มีแผ่นผับให้ความรู้ให้กับผู้รับบริการ

3.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 20 บาท ชดเชยไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี

*** กิจกรรมนี้ไม่สามารถเบิกชดเชยร่วมกับกิจกรรมฝากครรภ์ และตรวจหลังคลอดได้ หญิงอยู่ในช่วงให้นมบุตรและมีประจำเดือน ***

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) บุคลากรสาธารณสุข ควรแนะนำให้ผู้รับบริการทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังการให้บริการนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2) ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีคลำเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข

3.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 250 บาท (1 ครั้งต่อคนต่อปี)

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องแจ้งผลการตรวจ Pap smear ให้ผู้รับบริการทราบ ทุกกรณี (ทั้งกรณีปกติ และผิดปกติ) โดยมอบเอกสารแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง และติดตามหรือแจ้งให้ผู้รับบริการที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้ารับการรักษาตามสิทธิการรักษา

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บันทึกข้อมูลการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(หน่วยบริการตรวจคัดกรอง) ให้ครบถ้วน

2) หน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ภายในหน่วยบริการของตนเอง ให้ส่งสไลด์ไปตรวจยังห้องปฏิบัติการที่ผ่านการตรวจประเมินจากสำนักงานฯ ตามรายชื่อที่สำนักงานฯ กำหนด

3) หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด ให้ครบถ้วน

หมายเหตุ : กรณีจัดบริการเชิงรุกในชุมชนต้องเป็นไปตามพรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 พ.ศ.2555 และ พ.ศ. 2559 สำนักงานฯ จ่ายชดเชยเมื่อมีการบันทึกข้อมูลครบทั้ง 2 ส่วน ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(หน่วยบริการตรวจคัดกรอง) และผลการบันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

3.3 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ

1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ชดเชย 50 บาท /ครั้ง/คน/ปี กลุ่มเป้าหมาย อายุ 15 ปีขึ้นไป

2) การตรวจคัดกรองไขมัน (Total Cholesterol ,HDL,LDL และTriglyceride) ชดเชย 300 บาท /ครั้ง/คน/ปี

- บุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีประวัติเสี่ยง และมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม²
- บุคคลที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ต้องมีประวัติบิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ

** ชดเชยเฉพาะวิธีการเจาะเลือดทาง Vein เท่านั้น**

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบเอว การตรวจเลือดโดย DTX หรือ FBS เพื่อหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่

- DTX / FBS ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
- Total Cholesterol,HDL,LDL และTriglyceride ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง

หมายเหตุ

1. กรณีจัดบริการเชิงรุกในชุมชนต้องเป็นไปตามพรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2559
2. ตัวอย่างแบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ตามภาคผนวก

แนวทางการให้บริการงานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2561

วัตถุประสงค์

1 เพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันผุ ในทุกกลุ่มวัย โดยเน้นกลุ่มเด็กปฐมวัย และกลุ่มผู้สูงอายุ

2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

3 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการจัดบริการด้านทันตกรรม อันจะส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

กลุ่มเป้าหมาย

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิว่าง

กิจกรรมบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

1) การตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ ในทุกกลุ่มวัย

- ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน
- ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและสอนการแปรงฟัน
- รายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปาก รายบุคคลให้ผู้รับบริการทราบ
- มีระบบการส่งต่อ กรณีตรวจคัดกรองแล้วพบความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ ให้ดำเนินการให้คำแนะนำและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ
- กรณีตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก (อายุ 6 เดือน - 5 ปี) แล้วพบว่ามีฟันซี่แรกขึ้น ต้องให้คำแนะนำ ผู้ปกครอง ในการดูแลช่องปากและฟัน แจกแปรงสีฟันเด็ก และให้ฟลูออไรด์ (Tablet)

2) เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิช สำหรับเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง (อายุ 6 เดือน-5 ปี) และทาฟลูออไรด์เจลในผู้สูงอายุ

3) ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทันตกรรมและความพร้อมในการจัดบริการ

1) หน่วยให้บริการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านทันตกรรม

2) มีความพร้อมด้านบุคลากร ผู้ให้บริการต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ

3) มีความพร้อมด้านเครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

1) ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด

2) บันทึกข้อมูลการบริการเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่านทางโปรแกรมตามที่สำนักงานฯกำหนด และสำนักงานจะประมวลผลและเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามกำหนดรอบการส่งข้อมูล ในคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมและป้องกันโรค (P&P)

3) ผู้ให้บริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ กรณีที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามที่สำนักงานฯ กำหนด

ตารางกิจกรรมและอัตราชดเชยบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม	อัตราชดเชยค่าบริการ	เงื่อนไขการชดเชย	หน่วยให้บริการ
1	เด็กอายุ 6เดือน-5 ปี	ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	หน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้บริการทันตกรรม
		เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือทาฟลูออไรด์วาร์นิชในกลุ่มเสี่ยงสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน-5ปี	100 บาท/ครั้ง	2 ครั้ง/ปี	
2	อายุตั้งแต่ 6-24 ปี	ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
		เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือทาฟลูออไรด์วาร์นิชด้วยฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่	100 บาท/ครั้ง	2 ครั้ง/ปี	
		เคลือบหลุมร่องฟันหลังถาวรซี่ที่ 6,7และ 4,5 โดยวัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) อายุ 6 -20 ปี	250บาท/ซี่	1 ครั้ง/ปี/ซี่	
3	อายุตั้งแต่ 25-59 ปี	ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
4	อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป	ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
		ทาฟลูออไรด์วานิช	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
5	หญิงตั้งครรภ์	ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
		ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปากในหญิงตั้งครรภ์	400 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	

หมายเหตุ

บุคลากรผู้ให้บริการด้านทันตกรรมทุกประเภทต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเท่านั้น การให้บริการทุกประเภทจะต้องมีการบันทึกข้อมูลและเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อพร้อม

ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ และต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้อย่างน้อย 5 ปี

วิธีปฏิบัติในการชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

1) การให้บริการและบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.1 ต้องให้บริการเป็นไปตามแนวปฏิบัติบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัยของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือกรมวิชาการอื่นๆ เช่นกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

1.2 บันทึกข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและทันตกรรมที่ส่งผ่านโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด

1.3 บันทึกการให้บริการในเวชระเบียนของผู้รับบริการ/สมุดทะเบียนแต่ละประเภท/เอกสารบันทึกการให้บริการที่มีรายละเอียดการบริการสำหรับให้สำนักงานฯ ตรวจสอบการให้บริการของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้

2) การประมวลผลข้อมูลและจ่ายชดเชยค่าบริการของสำนักงานฯ

2.1 สำนักงานฯ จะดำเนินการประมวลผลข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและทันตกรรมที่ส่งผ่านโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด ทุกเที่ยงคืนของทุกวัน หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถดูผลการส่งรายงานได้ในเวลา 13.00 น. ของวันถัดไป

2.2 ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลแล้วจะตัดข้อมูลเพื่อจ่ายเงินทุกสิ้นเดือน กรณีที่ส่งข้อมูลไม่ทันช่วงเวลาตัดรอบ สำนักงานฯ จะดึงข้อมูลที่ส่งเข้ามาตัดจ่ายในรอบถัดไป กรณีส่งข้อมูลเลยวันที่ 30 กันยายนให้ส่งข้อมูลได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม และสำนักงานฯ จะดึงข้อมูลมาจ่ายเงินในเดือนมกราคมของปีถัดไป

2.3 หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถแก้ไขหรือยกเลิกข้อมูลได้ด้วยตนเอง ดังนี้

- กรณีข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ
- กรณีผลการส่งข้อมูลผ่านการประมวลแล้ว แต่ยังไม่ได้ชดเชยค่าบริการ

2.4 กรณีผลการส่งข้อมูลผ่านการประมวล และชดเชยค่าบริการแล้ว หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สามารถ แก้ไข/เปลี่ยนแปลง/ยกเลิกข้อมูลในกิจกรรมนั้นได้ และถ้าต้องการแก้ไขข้อมูลให้ทำหนังสือพร้อมแจ้งเหตุผลไปยังสำนักงานฯ เพื่อขอแก้ไขข้อมูลเท่านั้น (ตัวอย่างหนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล ตามภาคผนวก)

แนวทางการส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค <u>กรณีมีการให้บริการซ้ำซ้อน</u>

ในกรณีมีการบันทึกข้อมูลบริการซ้ำซ้อนในกิจกรรมเดียวกันของผู้รับบริการคนเดียวกัน และสำนักงานฯ ได้ประมวลผลชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการแรกที่บันทึกข้อมูล เช่น กิจกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear การตรวจUltrasoundในหญิงตั้งครรภ์ บริการทันตกรรม เป็นต้น สำนักงานฯ ขอให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่ได้รับการเบิกชดเชยได้ปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) ทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานฯ พร้อมแนบเอกสาร/หลักฐานการให้บริการไปยังสำนักงานฯ เพื่อประกอบการพิจารณาเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (ตัวอย่างหนังสือการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการตามภาคผนวก)

2) สำนักงานฯ จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลภายใน 45 วัน หากพบว่าหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำหนังสือมามีการให้บริการจริง สำนักงานจะชดเชยบริการตามอัตราที่สำนักงานกำหนด

3) สำนักงานฯ ดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบข้อมูลให้หน่วยบริการรับทราบ และจ่ายชดเชยบริการในกรณีที่ผลการตรวจสอบพบว่ามีการให้บริการจริง

การตรวจสอบชดเชยค่าบริการ

สำนักงานฯ มีสิทธิดำเนินการตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนผู้รับบริการ และหลักฐานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การตรวจสอบการชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1) การตรวจสอบข้อมูลการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด

2) การตรวจสอบเวชระเบียนและหลักฐานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **ก่อนและหลังการชดเชยค่าบริการ**

3) การตรวจสอบ กรณีที่สำนักงานฯ ได้รับการร้องเรียนจากประชาชน /หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีการให้บริการที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ถูกร้องเรียน หากหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ดำเนินการส่งเอกสารยืนยันการให้บริการตามที่สำนักงานฯ กำหนด สำนักงานฯ จะถือว่าหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นจงใจปกปิดข้อมูล หรือให้บริการที่เป็นเท็จ สำนักงานฯจะดำเนินการเรียกเงินคืนหรือหักเงินที่จะจ่ายในงวดถัดไป และลบข้อมูลการให้บริการออกจากระบบ

ระยะเวลาการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ (อุทธรณ์เป็นเอกสาร)

ในปีงบประมาณ 2561 หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องดำเนินการอุทธรณ์ข้อมูลให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2561

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องส่งแบบตอบรับการดำเนินงานก่อนการจัดบริการ ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้

1) บริการคุณภาพการให้การปรึกษาโดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor)

2) บริการดูแลสุขภาพประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)

3) การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า

4) บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก

5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคอ้วน

6) การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

7) บริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL

8) กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันเชิงรุก

8.1 ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)

8.2 ทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

8.3. บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน

9) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care: HHC)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องส่งแบบตอบรับการดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรคมายังสำนักงานฯ

2) สำนักงานฯ ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามเงื่อนไขการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม

3) สำนักงานฯ แจ้งตอบรับให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าร่วมดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
นอกหน่วยบริการ
ปีงบประมาณ 2561

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ
ปีงบประมาณ 2561

วัตถุประสงค์

1) เพื่อประเมินสถานะ/ปัญหา/พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ของบุคคลและ ครอบครัว รวมถึงความครอบคลุมสิทธิในการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงบริการ โดยจัดให้มีการสำรวจ การเยี่ยมติดตาม

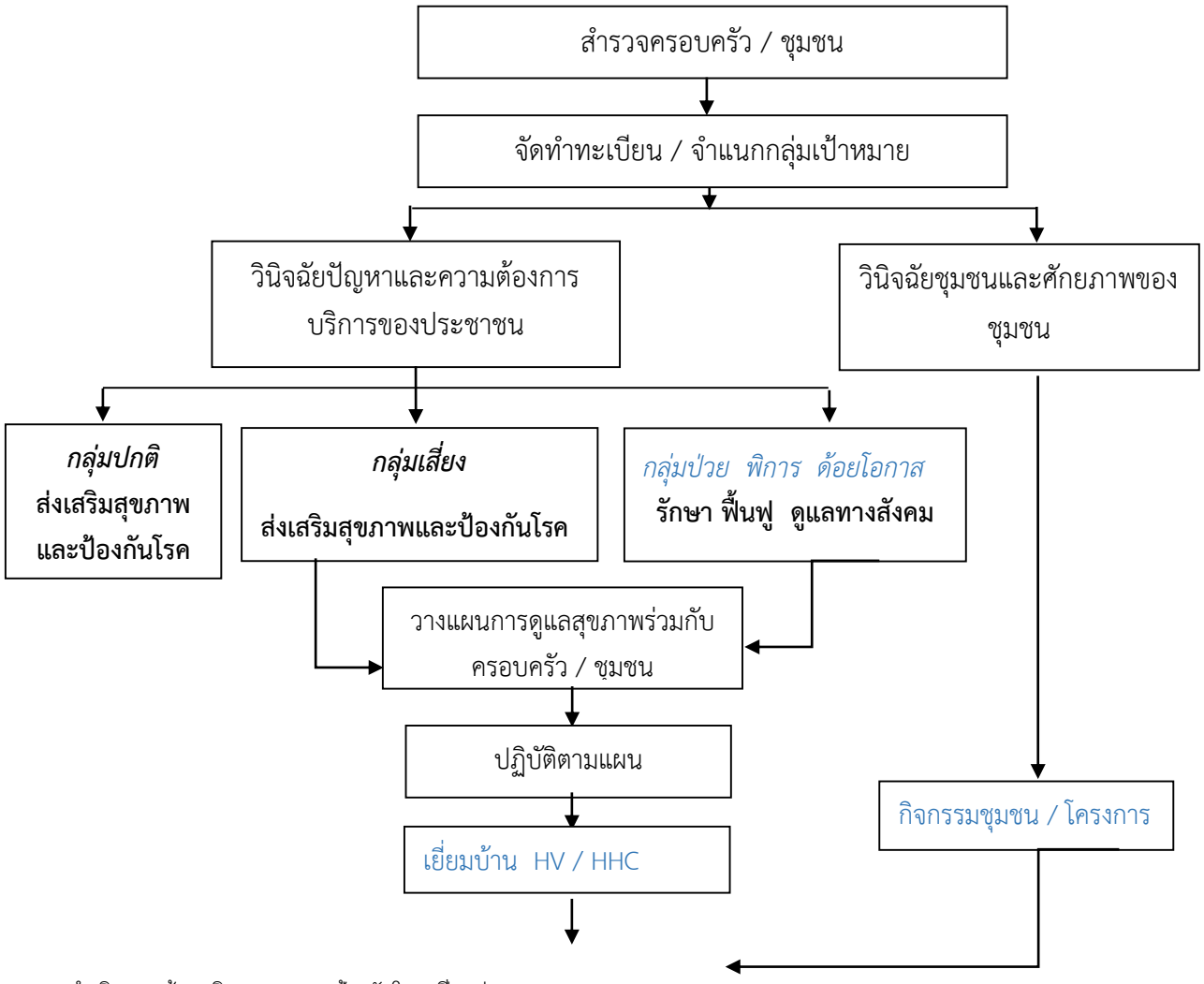
2) เพื่อให้การดูแลสุขภาพ การพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้จัดการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

3) ศึกษาปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมความต้องการ

4) ติดตาม ประเมินผลและให้การดูแล/รักษาพยาบาล อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

5) ให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่สมาชิกของครอบครัว เพื่อสร้างพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง รวมถึงการแนะนำแหล่งบริการสาธารณสุข และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

ขั้นตอนการให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ



ประเมินผล

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิว่าง

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร กำหนดกิจกรรม เงื่อนไข และอัตราชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ ดังนี้

งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ <u>แบบมีพื้นที่รับผิดชอบ</u> (P&Pนอก)

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ทำสัญญาไว้กับสำนักงาน ฯ

อัตราชดเชยบริการ 40 บาทต่อประชากรที่รับผิดชอบ

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) สำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน

เป้าหมาย อย่างน้อยร้อยละ 20 ของประชากรที่รับผิดชอบต่อปี (2,000 คน ต่อ 10,000 ประชากร) โดยขยายกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสภาวะสุขภาพในแต่ละปี ต้องไม่ซ้ำกลุ่มเดิม ยกเว้นสำรวจครบ 100% แล้ว

2) เยี่ยมบ้านและงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care)

เป้าหมาย - Home Visit อย่างน้อย 208 ครั้ง ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนต่อปี

- Home Health Care อย่างน้อย 208 ครั้ง ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนต่อปี

3) งานสุขศึกษาและให้คำปรึกษา (Health Education & Counseling)

4) กิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมในชุมชน

เป้าหมาย มีชมรมที่ดำเนินกิจกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ชมรมต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คน

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) การเยี่ยมบ้านและงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องดำเนินกิจกรรมเยี่ยมดูแล ตามเป้าหมายที่กำหนด และจะต้องไม่ซ้ำกับการรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และผู้ป่วยใน (IP) ในช่วงเวลาเดียวกัน

2) กิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมในชุมชน ตามเป้าหมายที่กำหนด

- กรณีมีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนน้อยกว่า 10,000 คน ต้องมีชมรม 1 ชมรม
- กรณีมีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนมากกว่า 10,000 คน ต้องมีชมรมในสัดส่วน 1 ชมรม ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คน

3) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถบันทึกผลผู้รับบริการได้ 1 คน/ครั้ง/วัน และผู้ให้บริการ 1 คน บันทึกผลการให้บริการได้ ไม่เกิน 10 ราย/วัน

4) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (P&Pนอก) สามารถเบิกค่าชดเชยกรณีไปเยี่ยมผู้ป่วยนอกพื้นที่รับผิดชอบของตนได้ ในกรณีผู้ป่วยอาศัยอยู่ใน

พื้นที่ว่าง/พื้นที่ไม่มีผู้รับผิดชอบ โดยต้องได้รับการประสานจากผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้านของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เท่านั้น อัตราชดเชย 400 - 1,000 บาท/ครั้ง (ตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ในภาคผนวก) ทั้งนี้ การจัดสรรไม่รวมกับอัตราชดเชย 40.00 บาท ต่อประชากรที่รับผิดชอบ

5) การให้บริการในกิจกรรมที่ในชุมชน จะต้องไม่บันทึกเพื่อเบิกซ้ำซ้อนกับการเบิกชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายกิจกรรม (PP itemize) เช่น การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก ฯลฯ

เงื่อนไขการดำเนินงาน

1) ด้านพื้นที่การให้บริการ

หน่วยบริการตกลงให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการแก่ประชาชนคนไทยทุกสิทธิการรักษา ที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบตามสัญญา/ข้อตกลง

2) ด้านบุคลากรและความพร้อมในการดำเนินงาน

2.1 ความพร้อมของบุคลากร

2.1.1 จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ โดยปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) จำนวน 1 คน

2.1.2 กรณีประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า 10,000 คน จัดให้มี สหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีใบประกอบวิชาชีพ เพิ่มเติมในอัตรา 1: 10,000 ประชากรที่รับผิดชอบ

2.2 ความสามารถและทักษะของบุคลากร

2.2.1 ผู้รับผิดชอบจะต้องมีความรู้และทักษะ ในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

2.2.2 หน่วยบริการจะต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมอบหมายให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการเข้าร่วมประชุมอบรม สัมมนาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

2.2.3 หน่วยบริการต้องจัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานตลอดปีงบประมาณ กรณีมีการปรับเปลี่ยนบุคลากรใหม่ต้องมีการส่งต่องานเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง หากมีความเสียหายใดๆ เกิดขึ้น ที่เป็นสาเหตุจากความไม่ต่อเนื่องในการส่งต่องานของบุคลากร จะไม่เป็นเหตุผลให้หน่วยบริการพ้นความรับผิด

2.2.4 บุคลากรจะต้องมีความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)

2.3 ความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนในการจัดบริการ

2.3.1 หน่วยบริการต้องจัดให้มีความพร้อมด้านเครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และพาหนะในการเดินทาง ให้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

2.3.2 มีระบบหรือแผนสนับสนุนการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ รวมถึงมีเครื่องมือที่ใช้การประสานส่งต่อ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

3) ด้านการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

หน่วยบริการตกลงปฏิบัติตามกิจกรรม หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่สำนักงานฯ กำหนดทุกประการ เพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐานที่ดีและเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งหน่วยบริการตกลงจัดกิจกรรมบริการอย่างน้อย ดังต่อไปนี้

3.1 การสำรวจชุมชน (Health survey) เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพ เพื่อใช้วางแผนบริหารงานสาธารณสุข โดยหน่วยบริการต้องดำเนินกิจกรรมสำรวจชุมชนดังนี้

3.1.1 สำรวจชุมชน (Community survey) และสำรวจข้อมูลที่พักอาศัย พร้อมจัดทำแผนที่พื้นที่รับผิดชอบ กำหนดขอบเขตพื้นที่ให้ชัดเจน แสดงครัวเรือนและสถานที่สำคัญพร้อมแสดงแผนที่ไว้ภายในหน่วยบริการ

3.1.2 สำรวจสภาวะสุขภาพของบุคคล ในแต่ละครอบครัวในแบบสำรวจสภาวะครอบครัว

3.1.3 จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้บริการ แบ่งเป็นกลุ่มเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และกลุ่มที่ต้องดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

3.2 เยี่ยมบ้าน (Home Visit)

เพื่อให้ความรู้ คำปรึกษาแก่บุคคลและครอบครัว และติดตามการรับบริการ โดยผู้ดำเนินงานต้องดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้าน จำนวนอย่างน้อย 208 ครั้ง ต่อ ประชากร 10,000 คน ต่อปี โดยเน้นการเยี่ยมในกลุ่มดังต่อไปนี้

(1) หญิงตั้งครรภ์
(2) มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด
(3) เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี
(4) ผู้สูงอายุ
(5) คนพิการ
(6) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
(7) กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น วัณโรค
(8) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ใช้สารเสพติด ติดสุรา

3.3 เยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)

หน่วยบริการต้องดำเนินกิจกรรมเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวนไม่น้อยกว่า 208 ครั้งต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนต่อปี การให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) จะต้องไม่ซ้ำกับการรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และผู้ป่วยใน (IP) และการเยี่ยมบ้าน ให้เน้นกลุ่มเป้าหมายดังนี้

3.3.1 กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable)

3.3.2 กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้

3.3.3 กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability)

3.3.4 กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (Long-term extreme disabilities)

3.3.5 กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill with independent/partial dependent)

3.3.6 กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special Group)

3.4 สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในชุมชน

หน่วยบริการต้องดำเนินกิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมสุขภาพ ตามเป้าหมายที่กำหนด

- กรณีมีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนน้อยกว่า 10,000 คน ต้องมีชมรม 1 ชมรม
- กรณีมีประชากรที่รับผิดชอบ จำนวนมากกว่า 10,000 คน ต้องมีชมรมในสัดส่วน 1 ชมรมต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คน

และให้มีการจัดกิจกรรมชมรมต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง ประเภทของชมรม ได้แก่

(1) ชมรมผู้สูงอายุ

(2) ชมรมผู้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

(3) ชมรมออกกำลังกาย

(4) ชมรมส่งเสริมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือชมรมส่งเสริมสุขภาพฯในกลุ่มอื่นๆ ตามสภาพปัญหาของชุมชน

4) หน้าที่หน่วยบริการ

4.1 ให้บริการตามแนวทางงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการที่สำนักงานฯ กำหนด รวมทั้งตามมาตรฐานวิชาชีพ

ถ้าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติ กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ เมื่อสำนักงานฯ ได้แจ้งให้หน่วยบริการทราบแล้ว ถือว่าประกาศหรือแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการที่ต้องปฏิบัติตาม

4.2 บันทึกรายงานการให้บริการไว้เป็นหลักฐาน ณ หน่วยบริการ และส่งรายงานในรูปข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนดทุกเดือน

4.3 สำนักงานได้ชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการแบบเหมาจ่ายตามประชากรที่รับผิดชอบ หน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการจากประชาชนไม่ว่ากรณีใดๆ รวมค่าวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

หากหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งประชาชนพึงควรได้รับตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข หรือตามเงื่อนไขของสัญญา/ข้อตกลง ประชาชนสามารถเรียกเงินคืนได้ และหน่วยบริการต้องคืนเงินให้กับประชาชนโดยไม่ชักช้า พร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับตั้งแต่วันที่เรียกเก็บเงินจนถึงวันที่คืนเงิน หากหน่วยบริการไม่คืนเงินสำนักงานฯ มีสิทธิหักเงินและดอกเบี้ย จากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ที่พึงจะจ่ายให้หน่วยบริการ เพื่อคืนให้แก่ประชาชนได้

5) การประเมินผลและตรวจสอบการให้บริการ

สำนักงานฯ จะประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ดังนี้

5.1 กำกับติดตาม ตรวจสอบข้อมูล และประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการและจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการตามผลงานที่ดำเนินการ

5.2 สุ่มตรวจสอบชดเชยและคุณภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีพบรายงานที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ มีสิทธิเพิกถอนข้อมูลนั้นๆและเรียกคืนค่าชดเชยบริการได้

ทั้งนี้ หากสำนักงานฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ หรือมอบหมายเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ เพื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือบริการต่างๆ ที่หน่วยบริการได้จัดให้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ให้คณะกรรมการตรวจสอบ หรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าว มีสิทธิที่จะเข้าไปตรวจสอบการปฏิบัติงาน หรือเอกสารในหน่วยบริการได้ตลอดเวลา ที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

หน่วยบริการต้องไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นการขัดขวางการปฏิบัติงานของคณะกรรมการตรวจสอบ หรือเจ้าหน้าที่สำนักงานฯ ให้ปฏิบัติงานไม่สำเร็จ หรือล่าช้าเกินควร หรือทำให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานฯ ได้รับความเสียหายแก่ร่างกายและทรัพย์สิน คณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ตามวรรคหนึ่ง มีสิทธิที่จะสั่งให้หน่วยบริการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมหรือปฏิบัติให้ถูกต้องได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่คณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ไม่มีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข และการมีคณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ดังกล่าว ไม่ทำให้หน่วยบริการพ้นความรับผิดชอบแต่อย่างใด

6) ความรับผิดในความบกพร่องและการบอกเลิก

หากหน่วยบริการผิดเงื่อนไขข้อหนึ่งข้อใด หรือไม่สามารถทำตามเงื่อนไข ให้สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกเงินคืนหรือปรับเป็นเงินตามที่สำนักงานฯ จะเห็นสมควร

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care

Home Health Care (HHC) หมายถึง การจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทีมสุขภาพ (สหวิชาชีพ) แก่ผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว

ประเภทของหน่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care แบ่งได้ดังนี้

1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้บริการเฉพาะ Home Health Care สามารถให้บริการหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตนเอง

2) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง คือ ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

3) หน่วยบริการประเภทคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่ให้บริการ Home Health Care สามารถให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เฉพาะประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของตนเองเท่านั้น

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1) เยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ภายในระยะเวลาไม่เกิน 7-15วัน โดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม หน้า...

2) กรณีเกินระยะเวลา 7-15 วันนับจากวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care ส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยบริการแบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (PPนอก) ดูแลต่อเนื่อง

หากประสงค์จะให้บริการและเบิกค่าชดเชยเอง จะต้องเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง โดยเป็นผู้ป่วยกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีผู้ดูแล

2.2 ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

2.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาในการควบคุมโรค อาการของโรคไม่ตอบสนองการรักษา มีภาวะแทรกซ้อน หรือต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นต้น

3) หน่วยบริการประเภทคลินิกชุมชนอบอุ่น ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อพบว่าผู้ป่วยสิทธิของตนมีภาวะที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านเช่นกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ โดยต้องได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลที่รักษา (กรณีผู้ป่วย admit) หรือหน่วยบริการที่รับผิดชอบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (PP นอก)

อัตราชดเชยบริการ 400 - 1,000 บาท / ครั้ง ตามประเภทผู้ป่วย

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) สำนักงานชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เข้าร่วมให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ตามอัตราที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้หน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการ รวมถึงค่าวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการจากผู้ป่วยไม่ว่ากรณีใดๆ

หากหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งผู้ป่วยพึงควรได้รับตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข หรือตามเงื่อนไขของสัญญา/ข้อตกลง ผู้ป่วยสามารถเรียกเงินคืนได้ และหน่วยบริการต้องคืนเงินให้กับผู้ป่วยโดยไม่ชักช้า พร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับตั้งแต่วันที่เรียกเก็บเงินจนถึงวันที่คืนเงิน หากหน่วยบริการไม่คืนเงินสำนักงานฯ มีสิทธิหักเงินและดอกเบี้ย จากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขที่พึงจะจ่ายให้หน่วยบริการ เพื่อคืนให้แก่ผู้ป่วยได้

2) การขอชดเชยค่าบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)

2.1 ขอชดเชยบริการได้ ไม่เกิน 10 ราย ต่อผู้ให้บริการ 1คน/วัน

2.2 ขอชดเชยบริการสำหรับผู้รับบริการ 1 คน ไม่เกิน 1ครั้ง/วัน

3) กรณีการติดตามอาการหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ หรือมารับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) เมื่อผู้ป่วยมา Follow up หรือขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยได้

4) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้บริการเฉพาะ Home Health Care ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยกรณีที่ค้นหาผู้ป่วยจากชุมชนได้ **ยกเว้น** ผู้ให้บริการเฉพาะ Home Health Care **แบบเฉพาะทาง**

5) หน่วยบริการประเภทคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่ให้บริการ Home Health Care สามารถให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เฉพาะประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของตนเองเท่านั้น

6) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง ต้องส่งข้อมูลผู้ป่วยและการให้บริการให้กับหน่วยบริการแบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (PPนอก)

7) กรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก Home Health care (ยุติการเยี่ยมแล้ว) หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านอีกครั้งหนึ่ง สามารถสร้างข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการรับบริการครั้งใหม่

หากไม่สามารถสร้างข้อมูลผู้ป่วยเพื่อรับบริการ เนื่องจากหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยเดิมยังไม่ได้ยุติการเยี่ยมในระบบ ให้ประสานไปยังหน่วยบริการหรือสำนักงานฯเพื่อยุติการเยี่ยมก่อน

8) ผู้ดำเนินงานส่งเบิกค่าชดเชยทางอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม ลักษณะ individual data ผ่านโปรแกรม HHC refer

การประเมินผลและตรวจสอบการให้บริการ

สำนักงานฯ จะประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ดังนี้

1) กำกับติดตาม ตรวจสอบข้อมูล และประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการและจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการตามผลงานที่ดำเนินการ

2) สุ่มตรวจสอบชดเชยและคุณภาพการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีพบรายงานที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ มีสิทธิเพิกถอนข้อมูลนั้นๆและเรียกคืนค่าชดเชยบริการได้

ทั้งนี้ หากสำนักงานฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ หรือมอบหมายเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ เพื่อดำเนินการตรวจสอบการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่หน่วยบริการได้รายงานขอชดเชยค่าบริการไปยังสำนักงาน คณะกรรมการตรวจสอบ หรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าว มีสิทธิที่จะเข้าไปตรวจสอบการปฏิบัติงาน หรือเอกสาร ในหน่วยบริการได้ตลอดเวลา ที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

หน่วยบริการต้องไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นการขัดขวางการปฏิบัติงานของคณะกรรมการตรวจสอบ หรือเจ้าหน้าที่สำนักงานฯ ให้ปฏิบัติงานไม่สำเร็จ หรือล่าช้าเกินควร หรือทำให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานฯ ได้รับความเสียหายแก่ร่างกายและทรัพย์สิน คณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ตามวรรคหนึ่ง มีสิทธิที่จะสั่งให้หน่วยบริการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมหรือปฏิบัติให้ถูกต้องได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่คณะกรรมการ

ตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ไม่มีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข และการมีคณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ดังกล่าว ไม่ทำให้หน่วยบริการพ้นความรับผิดชอบแต่อย่างใด

ความรับผิดในความบกพร่องและการบอกเลิก

หากหน่วยบริการผิดเงื่อนไขข้อหนึ่งข้อใด หรือไม่สามารถทำตามเงื่อนไข ให้สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกเงินคืนหรือปรับเป็นเงินตามที่สำนักงานฯ จะเห็นสมควร

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) พื้นที่กรุงเทพมหานคร

คุณสมบัติ	รายละเอียด
1. โครงสร้างทางกายภาพ	1.เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเท่านั้น 2.มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตรากำลัง ผังการปฏิบัติงาน เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นปัจจุบัน 3.บุคลากรในงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน สาขาวิชาชีพต่างๆ มีการระบุ ชื่อ ตำแหน่งงาน วุฒิการศึกษา บทบาทหน้าที่ชัดเจน 4.มีสถานที่สำหรับปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นสัดส่วนชัดเจน 5.มีคอมพิวเตอร์ในการจัดการข้อมูล งานวิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน 6.มีเครือข่าย Internet / ระบบสารสนเทศ ที่ใช้ได้จริง
2. บุคลากร	1. **<u>ผู้รับผิดชอบหลัก</u>** ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) สามารถประสานงานและมีความพร้อมในการบริหารจัดการที่จะออกปฏิบัติงานบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน **อย่างน้อย 1 คน** 2. มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ซึ่งต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ที่เป็นปัจจุบัน การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยวิชาชีพใดนั้น ต้องมีความจำเป็นตรงตามสภาพปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ภายใต้เกณฑ์และมาตรฐานการเยี่ยมบ้านของวิชาชีพนั้นๆ 3. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องมีความเข้าใจนโยบาย สิทธิประโยชน์ แนวทางการดำเนินงานและขอบเขตความรับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านและดูแลสุขภาพที่บ้าน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4.วางแผนการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือดูแลแบบองค์รวม (Patient center & Holistic care)
3. เครื่องมือ วัสดุครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และพาหนะเดินทาง	- มีตู้ /อุปกรณ์สำหรับจัดเก็บเอกสาร อุปกรณ์การเยี่ยมบ้านที่ครบถ้วนและพร้อมใช้ - จัดให้มีพาหนะที่เพียงพอและพร้อมใช้ในการออกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - <u>อุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน</u> อย่างน้อยต้องประกอบด้วย 1.กระเป๋า หรือกล่องสำหรับใส่อุปกรณ์ 2.เครื่องวัดความดันโลหิต 3.หูฟัง (Stethoscope) 4.ชุดทำแผลปราศจากเชื้อพร้อมเวชภัณฑ์

คุณสมบัติ	รายละเอียด
	5.ชุดทำความสะอาดมือ 6.ปรอทวัดไข้ 7.ถุงมือ Disposable
4.การบันทึกผลการปฏิบัติงาน	1. มีแบบบันทึกต่าง ๆ ได้แก่ ทะเบียนการเยี่ยม แฟ้มประวัติสุขภาพ แผนการเยี่ยม และแบบบันทึกผลการให้บริการ 2. มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ* ได้แก่ - ปัญหาสุขภาพ ของผู้ป่วย ความจำเป็นในการเยี่ยม - ผลการเยี่ยม ติดตามภาวะสุขภาพ - แผนการเยี่ยมครั้งต่อไป / การดูแลต่อเนื่อง ตามปัญหาสุขภาพ - การส่งต่อ / การตอบกลับข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3. การสรุปรายงานผลปฏิบัติงานรายปี
<u>หมายเหตุ</u> หน่วยบริการที่ส่งรายงานเพื่อขอรับเงินชดเชย ต้องมีบันทึกข้อมูลการให้บริการ* ในแบบบันทึกผลการให้บริการเป็นหลักฐานไว้ที่หน่วยบริการ และพร้อมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ ผู้ได้รับมอบหมายตรวจสอบ เป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี	

แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
1	**กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable)** **1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงมาก ใช้เวลาในการดูแลเพียงช่วงระยะสั้น ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่นไส้ติ่งอักเสบ หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดแยก มีการติดเชื้อ ผู้ป่วยหรือ สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นวัณโรคปอด ผู้ป่วยหลังประสบอุบัติเหตุ อาจจะต้องได้รับการผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่อง**	**จำนวนการเยี่ยม** 1-2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *** กรณีที่** รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใน 7 วันหลังออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้ง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับการเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้วไม่เกิน 4 ครั้ง	● Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) ● Family Assessment and Intervention ● Home and Environment Assessment and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น ๆ) ● ให้ความรู้ในเรื่องโรค/การเจ็บป่วยและการดูแลตนเองเพิ่มเติม ● ให้การพยาบาล / Health Promotion ฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลตนเอง เช่น การทำแผล การสอนสาธิตวิธีการฉีดอินซูลิน เป็นต้น ● ให้การปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง	**400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	
		** กรณีผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะมีการFollow up ทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง **(ไม่สามารถนำมาเบิกชดเชยได้)** <u>เกณฑ์ชี้วัดในการประเมิน</u> เช่น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กรณีผู้ป่วยเป็น rupture appendicitis จะพิจารณาจากการอักเสบของ แผลผ่าตัด (มีไข้ ปวด บวม แดง ร้อน) หรือ มี adhesion เป็นต้น				

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
1 (ต่อ)	**1.2 หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงที่ยังคุมไม่ได้ มีภาวะ Postpatum blue ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น**	**จำนวนการเยี่ยม** 1-2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *** กรณีที่** รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใน 7 วันหลังออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับการเยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก	● ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeed) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน ● เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือดหลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัวในมารดาหลังคลอด	**400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	
	1.3 มารดาทารกหลังคลอดติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeed) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือดหลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัวในมารดาหลังคลอด	**จำนวนการเยี่ยม** 1-2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *** กรณีที่** รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใน 7 วันหลังออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับการเยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก	● ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeed) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน ● เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือดหลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัวในมารดาหลังคลอด	**400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	**หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)**			
2	**กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้** ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเลือดบางชนิด ที่มีปัญหาในการปฏิบัติตน ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	**จำนวนการเยี่ยม** 1-3 ครั้ง **ครั้งที่ 1** สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2** สัปดาห์ที่ 2 **ครั้งที่ 3** กรณีมีปัญหา หรือตามความจำเป็น ในแต่ละราย - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ ***กรณีที่** รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง และควรปิดCase - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับการเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้วไม่เกิน 6 ครั้ง	● Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) ● Family Assessment and Intervention ● Home and Environment Assessment and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแลที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น ๆ ● ฝึกทักษะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น การฉีดยา Desferalในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ฉีด Factor VIII ในผู้ป่วยHemophilia ฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารยา การทำกายภาพบำบัด หรืออื่น ๆ ที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เป็นต้น ● ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยผู้ดูแล และครอบครัว ● ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเอง ● ให้ความรู้ การปรึกษา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง Hypercholesterolemia เป็นต้น ● ประสานกับทางโรงเรียนเพื่อพบกับครูประจำชั้น/ ครูห้องพยาบาล เพื่อให้ข้อมูล ความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วย ● Health promotion and complication Prevention ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วย	**600 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	ต้องมีการสอนให้ดูแลตนเอง

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
2 (ต่อ)				● ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง อาจจำเป็น ต้องประสานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างเหมาะสม อื่น ๆ		
3	**กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability)** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) อัมพฤกษ์ (Paresis) โรคข้อเข่าเสื่อม ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ใส่NG tube ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เป็นต้น	**จำนวนการเยี่ยม** 1 - 4 ครั้ง **ครั้งที่ 1** สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2**, **3** สัปดาห์ที่ 2 ,4 **ครั้งที่ 4..** กรณีมีปัญหา หรือ ตามความจำเป็นในแต่ละราย - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ ***กรณีที่** รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี และควรปิด เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรและพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.ให้นับการเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้ว ไม่เกิน 6 ครั้ง / ปี (หากจำเป็น อาจไม่ต้องปิด Caseได้)	● Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) ● Family Assessment and Intervention ● Home, Environment Assessment, and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น) ● ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บาง ชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้น ๆ ให้สามารถใช้งานได้ ● ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ● ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ให้ข้อมูล ความรู้ ในการดูแลตนเอง และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาล เช่นการสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย การให้การปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดกลุ่มการดูแลตนเอง (เช่น ผู้ป่วย CP, DM, Dementia group) เป็นต้น	**800 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	เนื่องจากต้องมีการฝึก Care giver

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
3 (ต่อ)				• Health promotion and complication prevention • Caregiver health assessment and Prevention intervention for Caregiver Burden: Stress management include Family Counseling (การประเมิน Caregiver หมายถึง Family caregiver and Paid care giver) • ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ • ฝึกทักษะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิตการใส่สาย NG tube feeding, Gastrostomy tube feeding, การใช้ Oxygen Concentrator, Aerosal therapy, การใช้ Walker, Wheel chair, การเคลื่อนย้าย • ผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การล้างไตทางหน้าท้อง (CAPD) เป็นต้น • Emergency Care • Spiritual care ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง อาจจำเป็นต้องประสานกับแหล่งประ โยชน์ต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างเหมาะสม		

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
4	**กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (Long-term extreme disabilities)** ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (Total Care) เป็นต้น	**จำนวนการเยี่ยม** 1-5 ครั้ง **ครั้งที่ 1** สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2,3,4** สัปดาห์ที่ 2, 4 ,6 **ครั้งที่ 5**.....ถ้าจำเป็น เมื่อประเมินพบปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยและหรือปัญหาครอบครัว ที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยอาจจะต้องหาแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ในวาระที่จำเป็น -หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง ให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ ***กรณีที่** รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 15 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 12 ครั้ง ต่อปีและควรปิดCase - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.ให้นับการเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้วไม่เกิน 12 ครั้งต่อปี(หากจำเป็น อาจไม่ต้องปิด Caseได้)	● Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) ● Family Assessment and Intervention ● Home, Environment Assessment, and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมอื่นๆ) ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บาง ชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้น ๆ ให้สามารถใช้งานได้ ● ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล และการพยาบาล ● ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ ● ให้ข้อมูล ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาล เช่นการสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย ● ให้ข้อมูล ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ● ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ หรือ การดูแลแผลกดทับ เป็นต้น ● Emergency Care ● Palliative Care	**1,000 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	ต้องมีการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
4 (ต่อ)				• Preparing for death and dying/Grief and loss • ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง • อื่น ๆ		
5	**กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill with independent/partial dependent)** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ เป็นเพียงการดูแลรักษาตามอาการของโรค เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมา	**จำนวนการเยี่ยม** 1-6 ครั้ง **ครั้งที่ 1** สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2, 3, 4, 5** สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 **ครั้งที่ 6** ตามความจำเป็น -หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *** กรณีที่** รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 7 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.ให้นับการเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้วไม่เกิน 6 ครั้ง	• Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) • Family Assessment and Intervention Home, Environment Assessment, and Community resources(ประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่จ้าง) และครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมอื่นๆ) • ประเมินความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย • เตรียมความพร้อม ของผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ • ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย/ ผู้ดูแล (ญาติผู้ดูแล และผู้ดูแลที่จ้างมา) และครอบครัว และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกัน • ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ ให้สามารถใช้งานได้	**1,000 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	ต้องใช้การดูแลเฉพาะทางและต้องดูแลแบบ Holistic Care

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชยบริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
5 (ต่อ)				• Health promotion • Emergency Care • Palliative Care • Death and Dying Intervention • ให้ความรู้การบริหารจัดการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน(เช่นการแจ้งความตาย พิธีกรรมต่างๆ และการจัดการกับงานศพ ฯลฯ) Care after death ในครอบครัวและ ญาติให้พร้อมรับสภาพการสูญเสีย • อื่น ๆ		
6	**กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special Group)** เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากมีปัญหาทางจิต สังคม เศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำเสื่อม เด็กออทิสติก Down syndrome ผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ผู้ป่วยติดเชื้อHIV/Aids เป็นต้น	**จำนวนการเยี่ยม** 1-6 ครั้ง ตามความจำเป็น หากเป็นกรณีพิเศษ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช การติดตามพัฒนาการในเด็ก หรือผู้รับบริการที่ต้องใช้ผู้เยี่ยมที่มีประสบการณ์เฉพาะ อาจไม่ต้องส่งต่อ โดยเยี่ยมเฉลี่ย 1 ครั้ง ต่อ เดือน ไม่เกิน 12 ครั้ง / ปี **ครั้งที่ 1** ไม่เกิน 1 เดือนหลังจำหน่าย **ครั้งที่ 2, 3** อาจต้องประสานกับหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อวางแผนและประเมินการเยี่ยมร่วมกัน ก่อนส่งต่อให้กับหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ เนื่องจากเป็นกรณีที่กิจกรรมการดูแลต้องใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมเฉลี่ย 1 ครั้ง ต่อ เดือน ไม่เกิน 12 ครั้งต่อปีหรือ ตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือตาม Condition ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.ให้นับการเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้วไม่เกิน 12 ครั้ง / ปี * กรณีที่หน่วยบริการพื้นที่พบโดยไม่ได้รับการส่งต่อ หากมีปัญหาการเยี่ยมให้ประสาน รพ. ที่รักษาผู้ป่วย หรือหน่วยงานเฉพาะด้านตามสภาพปัญหา	• Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) • Family Assessment and Intervention • Home, Environment Assessment, and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมอื่นๆ) • ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของญาติ ผู้ดูแล และการพยาบาล • ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ • Caregiver health assessment and Prevention intervention for Caregiver Burden (include Family Counseling) • อื่น ๆ ตามปัญหาที่พบ	**800 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์**	

หมายเหตุ

โรงพยาบาลและหน่วยบริการที่ไม่มีพื้นที่

- กรณีที่ประเมินสภาวะผู้ป่วยหลังจากถูกจำหน่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้ว ให้ดำเนินการยุติการเยี่ยม ผ่านโปรแกรม HHC refer **

- กรณีที่ประเมินสภาวะผู้ป่วยหลังจากถูกจำหน่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ให้ดำเนินการส่งต่อให้ หน่วยบริการ PPนอก (มีพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ PPนอก) ทันที เพื่อดำเนินการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

ยุติการเยี่ยม ผ่านโปรแกรม HHC refer ** มีสาเหตุ ดังนี้

1. ผู้ป่วยหายจากโรค หรือไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต
4. ผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัยไปต่างจังหวัด

แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่จ่ายชดเชยตามแผนงาน ปีงบประมาณ 2561

แนวทางการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่จ่ายตามแผนงาน/โครงการเพิ่มการเข้าถึง และคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสิทธิว่างในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ผู้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1) หน่วยบริการ

2) สถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3) หน่วยบริการร่วมให้บริการด้านทันตกรรม

4) หน่วยงาน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการบริการดูแลสุขภาพประชาชนไทยทุกสิทธิการรักษา โดยให้บริการตามแนวทางและกิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำนักงานฯกำหนด

แนวทางการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ชดเชยเพิ่มเติมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง

อัตราชดเชย 2,000 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนการดูแลหญิงตั้งครรภ์กรณีความเสี่ยงสูงให้เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐาน

หน่วยที่ได้รับชดเชย โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เงื่อนไขชดเชย

1) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งต้องมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 2 ข้อ ดังนี้

1.1 อายุน้อย≤19 ปี และมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

1.2 ผลการคัดกรองเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยง GCT≥140 MG%

1.3 ระดับความดันโลหิตสูง SBP ≥140 mgHg DBP ≥90 mgHg

1.4 Blood group Rh Negative

2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต้อง ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลนั้นๆ ต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง

3) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ต้องเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS/โปรแกรมของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) ชดเชยการบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

บันทึกส่งต่อผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

อัตราชดเชย 50 บาท/ครั้ง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่มีความจำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

หน่วยที่ได้รับชดเชย โรงพยาบาลที่บันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย

เงื่อนไขชดเชย

โรงพยาบาลที่บันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับหน่วยบริการ ที่รับผิดชอบงานบริการเยี่ยมติดตามที่บ้านผ่านโปรแกรม HHC Refer

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากโปรแกรมHHC Refer

3) จ่ายเพิ่มเติมกรณีหน่วยบริการที่มีผลงานการให้บริการ Home Health Care เกินเป้าหมายที่กำหนด

อัตราชดเชย การให้บริการ Home Health Care 500 บาท/ครั้ง

หน่วยที่ได้รับชดเชย หน่วยบริการที่ให้บริการ P&P นอก แบบมีพื้นที่

เงื่อนไขชดเชย

1) หน่วยบริการ P&P นอก ที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ครบตามเป้าหมายที่กำหนด และบันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรม HHC Refer (อ้างอิงตามแนวทางสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ)

2) สำนักงานฯ ประมวลผลเพื่อเบิกจ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการ P&P นอกที่มีผลงานการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกินเป้าหมายที่กำหนด ตัดข้อมูล ณ วันที่ 10 กันยายน 2561

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากโปรแกรมHHC Refer

4. ชดเชยบริการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อัตราชดเชยให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครั้งละ 150 บาท/คน/วัน

หน่วยที่ได้รับชดเชย หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รับนมแม่มากขึ้น อย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย 6 เดือน)

2) เพื่อให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เงื่อนไขการให้บริการ

1) มารดาหลังคลอดในเขตกรุงเทพฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัดที่พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถปรึกษาได้ทุกวัน ทั้งทางคลินิกและทางโทรศัพท์

2) มารดาทั่วไปที่พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถให้บริการปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายให้บริการปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ และเป็นสถานที่ฝึกอบรม ดูงาน

5) สร้างเครือข่ายให้การบริการปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ไร้สาย และผ่านระบบจดหมาย Electronic

กิจกรรม/วิธีการดำเนินการ

1) ให้การบริการปรึกษาปัญหานมแม่ทางโทรศัพท์ 2 เลขหมาย โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่านต่อวัน เพื่อให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ วันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 08.00 น.- 18.00 น. (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 08.00 น.- 16.00 น. (ยกเว้น วันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์) และมีกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ 2 ท่านต่อเดือน

2) ให้บริการปรึกษาปัญหานมแม่ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่มีโปรแกรม Chat หรือ Line Official จำนวน 1 หมายเลข เปิดให้บริการทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 08.00 น.- 18.00 น. มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้คำปรึกษา 1 ท่าน และมีกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาโดยให้คำปรึกษาที่ใดก็ได้

3) จัดฝึกอบรม สอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 ครั้ง เพื่อให้แม่ที่เคยรับบริการมีโอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งเป็นการประเมินผลการให้บริการ และส่งเสริมให้แม่ที่เคยรับบริการเป็น supporting group สำหรับแม่ด้วยกัน

5) ชดเชยบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นอกเวลาราชการ

อัตราชดเชย 150 บาท/คน/วัน

หน่วยที่ได้รับชดเชย หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว สามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหา และได้รับการแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้ทันที

2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3) เพื่อลดอัตราการมานอนรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน หรือการกลับมานอนรักษาตัวซ้ำที่โรงพยาบาล

เงื่อนไขชดเชย

1) ให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นอกเวลาราชการสำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษา/จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ปัญหาการดูแลทางการพยาบาล หรือการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติเบื้องต้น

2) ต้องมีผู้รับผิดชอบโดยพยาบาลวิชาชีพ และมีหมายเลขโทรศัพท์ ในการให้คำปรึกษาในช่วงนอกเวลาราชการ

3) ต้องมีระบบ/การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยต้องมาเข้ารับบริการฉุกเฉิน นอกเวลา

4) บันทึกการให้บริการ ผ่านโปรแกรม/ระบบที่สำนักงานฯกำหนด

6) ชดเชยบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด

อัตราชดเชยบริการ 50 บาท/ราย

หน่วยที่ได้รับชดเชย

หน่วยบริการระดับโรงพยาบาล ที่มีกุมารแพทย์ปฏิบัติงานประจำ และมีความพร้อมในด้านการให้บริการ โดยมีเครื่อง pulse oximeter ที่ได้มาตรฐานสำหรับเด็กทารก

วัตถุประสงค์

1) เพื่อค้นหาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด

2) เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาก่อนอาการรุนแรง

3) เพื่อลดอัตราตายของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง

เงื่อนไขการให้บริการตรวจคัดกรองและการบันทึกผลการบริการ

1) ตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด ด้วยเครื่อง Pulse Oximeter ที่ได้มาตรฐานสำหรับเด็กทารก

- ทารกแรกเกิดคลอดครบกำหนด ตรวจคัดกรองเมื่อ อายุ 24 ชั่วโมงขึ้นไป หรือก่อนกลับบ้าน
- กรณีทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ที่น้ำหนักตัวมากกว่า 2,000 กรัม ตรวจคัดกรองก่อนกลับบ้าน

2) กรณีผลการคัดกรองเป็นบวก ให้รายงานกุมารแพทย์เพื่อตรวจร่างกายทารกเพื่อค้นหาความผิดปกติเบื้องต้นรวมทั้งถ่ายภาพรังสีทรวงอก ถ้าไม่พบสาเหตุเบื้องต้นต้องส่งทำการตรวจ echocardiogram โดยเร็ว

3) แจ้งผลการคัดกรองให้ผู้ปกครองทราบและบันทึกผลการคัดกรองในเวชระเบียน และบันทึกผลการตรวจในโปรแกรมระบบคัดกรองโรคหัวใจที่รุนแรงในทารกแรกเกิดของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- กรณีที่ผลการคัดกรองเป็นบวก ให้รายงานผลการตรวจ echocardiogram และสถานที่ส่งต่อลงในโปรแกรมระบบคัดกรองโรคหัวใจที่รุนแรงในทารกแรกเกิดของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ในกรณีที่ผลการคัดกรองเป็นลบ ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน

4) รายงานเพิ่มเติมกรณีตรวจพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภายหลังเมื่อทารกกลับมารับการรักษาหรือติดตาม อาการ

7) บริการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

คลินิกหมอครอบครัว เป็นการบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชน ได้รับมอบหมายพื้นที่และประชาชนในการดูแลที่ชัดเจน ดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ทำการจัดบริการแบบ **“สร้างนำซ่อม”** ที่ผสานทั้ง 5 มิติสุขภาพได้แก่ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งต้องจัดการดูแลให้เกิดความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิให้เป็นบริการที่ไร้รอยต่อ(Seamless health service) การเชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่ใช้กระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก เมื่อเข้าสู่ชุมชนต้องใช้การดูแลหลากมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้จนมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันให้มีการเจ็บป่วยซ้ำ หรือดูแลผู้ที่ไม่ป่วยให้คงสุขภาพที่ดีไว้ให้ได้ ไม่ให้เกิดการแพร่กระจายการเจ็บป่วยในชุมชนได้ การดูแลลักษณะนี้ต้องอาศัยผู้ให้การดูแลที่มีความพร้อมทั้งความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค การสร้างสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี

บทบาทของคลินิกหมอครอบครัว

- เป็นหมอครอบครัวที่ให้การดูแลใกล้ชิดกับประชาชนโดยยึดหลักการ“บริการทุกคนทุกที่ทุกอย่างด้วยเทคโนโลยี”
- เป็นทีมที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดูแลเป็น “คน” ไม่ใช่ทำเป็นกิจกรรมหรืองาน
- ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลความเจ็บป่วย(Illness) มากกว่าดูแลเฉพาะโรค(Disease)
- ทำการประชาสัมพันธ์ แนะนำและสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
- มีการจัดระบบข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร และออกแบบการจัดบริการร่วมกัน
- ทีมสหวิชาชีพ ควรได้มีการประชุม วางแผน ให้บริการและติดตาม ประเมินผล สถานการณ์ของงานและสุขภาพของประชาชนร่วมกัน
- ทำงานร่วมกับชุมชน โดยใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คุณสมบัติของหน่วยบริการ

1) เข้าร่วมให้บริการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัว (Family Care team)

2) ด้านบุคลากรมีแพทย์และทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ ดังนี้

ลำดับ	วิชาชีพ	สัดส่วน บุคลากรต่อปชก.ที่รับผิดชอบ
1	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในหลักสูตรที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยรับรอง	1 : 10,000
2	เภสัชกร	1 : 30,000
3	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ	1 : 2,500 -5,000
4	นักวิชาการสาธารณสุข	1 : 5,000

เงื่อนไขการจัดบริการ

1) มีการจัดบริการทีมหมอครอบครัว **โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหัวหน้าทีม** และมีสหวิชาชีพเป็นทีมในการให้บริการ

ดำเนินงานตาม แนวทางบริการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัว(Family Care term)

2) ดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบแบบองค์รวม โดยมีการให้บริการแบบผสมผสานและเชื่อมโยงตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 3 กลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

- จัดทำแผนการดูแลดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบแบบองค์รวม ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- บริการและบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชน ตามแผนที่กำหนดไว้

กิจกรรม	เป้าหมาย	ทีมหมอครอบครัว
รณรงค์ในชุมชน	อย่างน้อย 1ครั้ง/ปี/ชุมชน	แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้จัดการ
Home visit Home health care	อย่างน้อย 100 ครั้ง/ปี อย่างน้อย 60 ครั้ง/ปี	แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ ประสานส่งต่อส่งกลับ ประสานเรื่องสิทธิการรักษา	รายชื่อหมายเลขโทรศัพท์ทีมหมอครอบครัวที่ประชาชนสามารถติดต่อได้ 24 ชม.	แพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้จัดการ หรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย

เงื่อนไขการจ่ายเงิน 200,000 บาท แบ่งจ่าย 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จำนวน 100,000 บาท

ส่งแผนการให้บริการแบบผสมผสานและเชื่อมโยงตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 3 กลุ่มเป้าหมาย มีผลงานการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ อย่างน้อย 25 % ของเป้าหมาย

งวดที่ 2 จำนวน 100,000 บาท

เมื่อหน่วยบริการมีผลงานการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ อย่างน้อย 75 % ของเป้าหมาย

ภาคผนวก

ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ประจำปีงบประมาณ 2561

<u>กรณีที่ 1</u> การจัดสรรสมุดสุขภาพแม่และเด็ก

- สำนักงานฯจัดส่งยอดการจัดสรรสมุดสุขภาพแม่และเด็กรายหน่วยบริการ ไปยังสำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- หน่วยบริการติดต่อขอรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ที่ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการติดต่อประสานก่อนล่วงหน้า เพื่อความพร้อมในการจัดเตรียม

ผู้รับผิดชอบ คุณอุษา วงทวี
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 88/22 ม.4 อาคาร 6 ชั้น 5 (ห้องพัสดุ) ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี
โทรศัพท์ 02-590-4438 โทรสาร 02-590-4427
E-mail: usawongtawee@hotmail.com

<u>กรณีที่ 2</u> กรณีที่ต้องการสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เพิ่มระหว่างปีงบประมาณ

- ให้ทำหนังสือแจ้งขอเบิกเพิ่มเติม พร้อมระบุจำนวนที่ต้องการ ไปยังสำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตามชื่อผู้รับผิดชอบและที่อยู่ข้างต้น

หมายเหตุ

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยจำนวนในการจัดเตรียมให้แต่ละหน่วยบริการจะพิจารณาจาก

1. ยอดการให้บริการ ANC จริง ในปีงบประมาณก่อนหน้า เช่น ขอเบิกในปีงบประมาณ 2561 จะใช้ยอด ANC ของปีงบประมาณ 2560 เป็นฐานข้อมูลการเบิก โดยอ้างอิงข้อมูลจากโปรแกรมที่บันทึกข้อมูลของ สปสช. เขต 13 กทม.

2. ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เบิกสมุดสุขภาพแม่และเด็กจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

(ตัวอย่าง)
แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ชื่อ-สกุล.....อายุ..... .....ปี
ค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ = ... สถานที่ฝากครรภ์ .....

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

<u>กลุ่ม High Risk</u>

1. ☐ อายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ในวันกำหนดคลอด (EDC)
2. ☐ มีประวัติน้ำตาลผิดปกติมาก่อนตั้งครรภ์ / เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ / เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน
3. ☐ มีพ่อแม่ พี่น้องท้องเดียวกัน เป็นโรคเบาหวาน
4. ☐ มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม
5. ☐ มีประวัติความผิดปกติทางสูติกรรมในครรภ์ก่อน เช่น พิการโดยกำเนิด ตายคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ ตั้งครรภ์แฝดน้ำ
6. ☐ อ้วนมาก (BMI > 30) หญิงตั้งครรภ์รายนี้ BMI = ...
7. ☐ ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ** (ถ้ายังไม่ได้ตรวจให้ข้ามข้อนี้ไป) ** แต่ถ้าเมื่อใดที่ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ให้ส่ง 50 gm GCT ทุกรายทันที
8. ☐ PIH / Chronic HT / Gestational HT

ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งข้างบน ⟶ ให้ทำ 50 gm GCT ตั้งแต่ฝากครรภ์<u>ครั้งแรก</u> ถ้าผลปกติ ให้นัดทำ 50 gm GCT ซ้ำที่อายุครรภ์ 24 -28 wk ถ้าผิดปกติให้ทำ OGTT ในสัปดาห์ต่อไป
ถ้าไม่เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งเลย ⟶ ให้ข้ามไปถามต่อในข้อ Low Risk

<u>กลุ่ม Low Risk</u>

1. ☐ อายุ < 30 ปี
2. ☐ ไม่อ้วน (BMI < 27) หญิงตั้งครรภ์รายนี้ BMI = ...
3. ☐ ไม่เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งของ High Risk

ถ้าเข้าเกณฑ์หมดทุกข้อ (1-3) ⟶ ไม่ต้องทำ 50 gm GCT
ถ้าเข้าเกณฑ์ไม่หมดทุกข้อเป็น Intermediate risk ⟶ ให้ทำ 50 gm GCT ที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์

<u>สรุปหญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็น</u>

☐ **High Risk** ทำ 50 gm GCT ตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก วันที่..... GA.....wk
ค่า BS = ...mg%
ทำครั้งที่ 2 วันที่..... GA.....wk BS = ...mg%

☐ **Low Risk** ไม่ต้องทำ 50 gm GCT

☐ **Intermediate risk** ให้ทำ 50 gm GCT ที่อายุครรภ์ 24 -28 สัปดาห์ วันที่..... GA.....wk
ค่า BS= .....mg%

☐ **ทำ 100 gm OGTT** วันที่..... GA.....wk ผล FBS.....mg% ค่า 1-hr = ...mg%
ค่า 2 -hr = ... mg% ค่า 3-hr = ...mg%

<u>การแปลผล</u>

ผลปกติ : FBS < 105 mg% : 1 - hr < 190 mg% : 2 - hr < 165 mg% : 3 - hr < 145 mg%

หากระดับน้ำตาลในเลือดที่ชั่วโมงที่ 1-3 มีค่าสูงเกินเกณฑ์ปกติ ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป ให้วินิจฉัยว่าเป็น GDM

- GDM class A1 ค่า FBS ต่ำกว่า 105 mg/dl
- GDM class A2 ค่า FBS มากกว่า 105 mg/dl

* ถ้าพบ **DM A1** หรือ **DM A2** ให้ Refer ไปยัง คลินิก High risk ANC

** การแปลผล : ให้พิจารณาตาม Criteria ของโรงพยาบาลแม่ข่าย

ที่มา : คู่มือ / แนวทางการปฏิบัติงานบริการฝากครรภ์ เพื่อครรภ์คุณภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2557

สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)
National Vaccine Institute (Public Organization)

หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่

สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ปี 2558

สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

หมวดเนื้อหาที่ 6
การเตรียมการและการให้บริการวัคซีน

สาระสังเขป

ปัจจุบันการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นความจำเป็นพื้นฐานของการสาธารณสุขเพื่อมุ่งที่จะป้องกันประชาชนให้ปลอดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่การที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้นั้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้ความใส่ใจและเข้าใจในกระบวนการให้ภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่การเตรียมการในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และที่สำคัญ คือ การเตรียมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ให้บริการทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัคซีนชนิดต่างๆ การประเมินสภาพ การซักประวัติและสังเกตอาการสำคัญของผู้รับบริการก่อนให้วัคซีนและหลังได้รับวัคซีน รู้จักวิธีการเตรียมวัคซีนและเทคนิควิธีการให้วัคซีนอย่างถูกต้อง การสังเกตความผิดปกติของผู้รับบริการภายหลังได้รับวัคซีนก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของการบริการ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการวัคซีนต้องทราบถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในภาพรวม และในวัคซีนพื้นฐานแต่ละชนิด

สำหรับการเตรียมการก่อนให้วัคซีนจะหมายถึงตั้งแต่การประมาณการจำนวนผู้มารับบริการเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะได้คำนวณปริมาณวัคซีนแต่ละชนิดและอุปกรณ์ที่ใช้ได้ถูกต้องและเพียงพอแก่ผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันมีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้บันทึก และสามารถประมวลผลได้ว่า มีผู้ที่ได้รับการนัดมารับบริการในแต่ละวัน จำนวนเท่าใด กลุ่มอายุใด ต้องรับวัคซีนชนิดใด ซึ่งเป็นข้อมูลที่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ในการเตรียมวัคซีนเพื่อให้บริการ นอกจากนี้ยังต้องเตรียมวัคซีนเพิ่มสำหรับผู้รับบริการรายใหม่ เช่น เด็กเกิดใหม่ด้วย แต่ถ้าถึงวันนัดแล้วกลุ่มเป้าหมายไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่จะต้องบันทึกแก้ไขวันนัดใหม่ จึงจะสามารถให้วัคซีนได้ครบทุกคนตามเป้าหมาย เจ้าหน้าที่สามารถใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการประมวลผลว่ามีใครบ้างที่ไม่ได้มารับวัคซีนตามนัด ต้องติดตาม หรือสืบค้นเพื่อให้ทราบว่ากลุ่มเป้าหมายอาจไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น ถ้าได้ไปใช้บริการก็ให้ลงบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ เพื่อจำหน่ายออกจากการนัดหมาย

การจัดสถานที่ที่ให้บริการวัคซีนเป็นส่วนหนึ่งที่จะเป็นตัวสะท้อนกระบวนการให้วัคซีน การวางแผนในการจัดสถานที่อย่างเหมาะสมจะช่วยให้การดำเนินงานในการให้วัคซีนเป็นไปด้วยความรวดเร็วและเป็นระบบ สำหรับการจัดสถานที่ในการให้บริการควรพิจารณาถึงความครอบคลุมของกระบวนการให้บริการทุกขั้นตอน สถานที่ควรจะเป็นบริเวณที่ไม่แออัด สามารถรองรับผู้รับบริการได้เพียงพอและควรเป็นสถานที่ที่สะอาด สถานที่ที่ให้บริการวัคซีนอาจจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่เป็นหน่วยบริการในสถานที่และหน่วยบริการนอกสถานที่ สำหรับสถานที่ฉีดวัคซีนที่จัดเป็นหน่วยบริการในโรงพยาบาลหรือ รพ.สต.นั้น

ควรแยกจากคลินิกเด็กป่วย การจัดสถานที่ที่ให้บริการควรคำนึงถึงความสะดวกในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นกระบวนการเตรียมหรือการฉีดวัคซีน ควรจัดวางอุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้งานไว้ภายในบริเวณที่ให้บริการเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้รวมถึงบริเวณที่ล้างมือด้วย และสถานที่ที่เหมาะสมควรเป็นบริเวณที่เงียบสงบเพื่อผู้ให้บริการสามารถอธิบายและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้โดยสะดวก ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้ห้องฉีดวัคซีนมีทางเข้าและออกคนละทางเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและไม่สร้างความตื่นตระหนกให้แก่ผู้ที่รอฉีดวัคซีนในรายต่อๆ ไปด้วย แต่ถ้าจัดไม่ได้ควรให้ผู้รับบริการเข้ามาทีละราย ไม่ควรให้รออยู่ในห้องทีละหลายๆ คน ในกรณีที่ตั้งหน่วยรับบริการนอกสถานที่ควรตั้งอยู่ในที่ร่ม ไม่ควรอยู่กลางแจ้งที่มีแสงแดดส่องถึงมีลมหรือฝุ่นพัดผ่าน มีป้ายบอกจุดบริการที่ชัดเจน จัดเตรียมบริเวณทางเข้าออกให้สะดวกแก่การบริการ ควรจัดให้มีสถานที่นั่งรอที่สะดวกสบายและสะอาด ควรจัดบริเวณที่ล้างมือ และวางอุปกรณ์ใช้งานให้สามารถหยิบใช้ได้ง่ายและไม่เกิดการปนเปื้อน สิ่งที่ควรคำนึงถึงอีกอย่างหนึ่งในการให้บริการนอกสถานที่คือการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ให้เพียงพอ และการเก็บรักษาวัคซีนให้อยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม

ขั้นตอนการให้บริการประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้ คือ 1. การซักประวัติและการประเมิน คัดกรองผู้รับบริการ จะช่วยให้ผู้ให้บริการทราบในเบื้องต้นว่า ผู้รับบริการมีข้อจำกัดหรือข้อควรระวังในการที่จะให้วัคซีนหรือไม่ สามารถให้ได้ในการมาครั้งนี้หรือไม่ จำเป็นต้องเลื่อนการรับวัคซีนหรือไม่ และยังสามารถพิจารณาได้อีกด้วยว่าผู้รับบริการได้รับภูมิคุ้มกันตามวัยและตามเกณฑ์ที่ควรจะได้รับหรือไม่รายละเอียดที่จำเป็นในการซักประวัติ ได้แก่ การถามถึงความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกายในปัจจุบัน ประวัติในเรื่องการแพ้ยาหรือสารอาหารต่างๆ ประวัติครอบครัวเป็นโรคชักและมีประวัติชักจากไข้สูง ประวัติการได้รับเลือด/ยากดภูมิคุ้มกัน การตั้งครรภ์ การที่เคยได้รับวัคซีน DTP แล้วมีไข้สูง (เกิน 40.5°C) ประวัติการมีภูมิคุ้มกันผิดปกติแต่กำเนิด นอกจากนี้การซักประวัติยังควรต้องถาม หรือดูเอกสารการได้รับวัคซีนครั้งสุดท้ายในสมุดสุขภาพด้วย การให้วัคซีนห่างเกินกว่ากำหนดไม่ได้ทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดน้อยลง แต่ในทางตรงกันข้าม การฉีดวัคซีนที่เร็วกว่ากำหนด อาจทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นได้น้อยลง หรืออยู่ไม่นานตามกำหนด ดังนั้นถ้ามาฉีดวัคซีนเลยกำหนดนัด สามารถฉีดเข็มต่อไปได้เลยโดยไม่ต้องตั้งต้นใหม่ 2. การสังเกตอาการก่อนให้วัคซีน สิ่งที่ผู้ให้บริการควรสังเกต คือ ลักษณะท่าทาง การตอบสนองของเด็ก และตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อประเมินความพร้อมที่จะรับวัคซีน ใช้หลักการตรวจร่างกายพื้นฐาน คือ ดู คลำ เคาะ ฟัง หากเด็กมีเสมหะหรือน้ำมูกให้สังเกตลักษณะ สี กลิ่น ที่ผิดปกติ หากเกิดร่วมกับการมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38°C ก็ควรเลื่อนการฉีดวัคซีนออกไปก่อน และทำความเข้าใจกับผู้รับบริการว่าการฉีดวัคซีนที่ล่าช้าไปกว่ากำหนดไม่ได้มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดน้อยลง นอกจากนี้หากสามารถให้เวลาในการประเมินสภาพเด็กตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าจะทำให้ผู้ให้บริการทราบถึงภาวะสุขภาพของเด็ก และอาจนำไปสู่การส่งต่อหรือการดูแลรักษาที่ถูกต้องต่อไป สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งที่นอกเหนือจากการสังเกตอาการทางร่างกายแล้วยังต้องพิจารณาถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ การสังเกตลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของเด็กจะทำให้ผู้ให้บริการคำนึงถึงการเตรียมเด็ก และการรับมือกับเด็กได้ 3. การเตรียมการก่อนให้วัคซีน การเตรียมที่ถูกต้องเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การได้รับวัคซีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญตั้งแต่การเลือกอุปกรณ์ การตรวจสอบวัคซีนและการเตรียมวัคซีน การเตรียมการขณะให้วัคซีน วิธีการฉีดวัคซีน การให้ความสำคัญกับเทคนิคการฉีดที่ถูกต้อง

การฉีดวัคซีนเข้าในหนัง (Intradermal)

เป็นการนำยาผ่านเข้าไปเพียงแค่ในหนังเท่านั้น ขนาดยาที่ฉีดก็มักจะมีปริมาณน้อย มักใช้เข็มเบอร์ 26 ความยาว 1/2 นิ้ว และเนื่องจากวัคซีนที่ฉีดเข้าในหนังเป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็น หากใช้แอลกอฮอล์เช็ดต้องรอให้แห้งก่อนจึงจะฉีด ก่อนฉีดต้องจัดท่าเด็กให้นิ่งและมั่นคงที่สุด เพราะการฉีดเข้าในหนังต้องอาศัยความชำนาญและความนิ่งมากที่สุด เทคนิคการฉีดควรดึงหนังบริเวณที่ฉีดให้ตึง ค่อยๆ แทงเข็มลงไปทำมุมประมาณ 15 องศา แล้วดันยาเข้าไป ถ้าเทคนิคถูกต้องจะเห็นว่าเมื่อดันยาเข้าไปจะมีตุ่มพูนขึ้นมาให้เห็นชัดต้องให้มือนิ่งมากที่สุด เพราะยาอาจรั่วซึมออกมาได้หากปลายเข็มแทงทะลุออกมานอกผิวหนัง บริเวณที่ฉีดวัคซีน BCG มักฉีดเข้าที่หัวไหล่ข้างซ้าย

การฉีดวัคซีนเข้าใต้ชั้นผิวหนัง (Subcutaneous)

เป็นการนำยาผ่านเข้าไปใน fatty tissue อยู่ใต้ชั้นผิวหนังและอยู่เหนือชั้นกล้ามเนื้อ ปกติแล้ว subcutaneous tissue พบได้ทั่วร่างกาย สำหรับเด็กเล็กบริเวณที่นิยมให้วัคซีน คือ บริเวณหน้าขา และถ้าเป็นเด็กโตหรือผู้ใหญ่ก็จะใช้บริเวณ upper outer triceps ของแขน ก่อนฉีดเช็ดบริเวณผิวหนังด้วยสำลีแอลกอฮอล์ พื้นที่ประมาณเส้นผ่านศูนย์กลาง 2 – 3 นิ้ว แล้วจึงแทงเข็มเข้าไป

การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ (Intramuscular)

เป็นการนำยาเข้าสู่ muscle tissue ซึ่งเป็นชั้นเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังและ fatty tissue บริเวณที่ใช้ในการฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อมี 2 แห่ง คือ บริเวณกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (vastus lateralis) และบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขน (deltoid) กล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (vastus lateralis) ซึ่งจะอยู่บริเวณต้นขาหน้าขาด้านนอก ก่อนฉีดจะต้องทำการวัดก่อน โดยแบ่งบริเวณตั้งแต่ปุ่มกระดูกใหญ่ของกระดูกต้นขา (greater tronchanter of femur) ถึงปุ่มกระดูกบริเวณหัวเข่า (lateral femoral condyle) เป็น 3 ส่วน ฉีดส่วนที่ 2

ปกติแล้วภายหลังจากฉีดยา ผู้ให้บริการไม่ควรดึงเข็มจาก syringe เมื่อให้วัคซีนเรียบร้อยแล้ว ผู้ให้บริการควรนำ syringe ที่มีเข็มติดอยู่ทิ้งลงในถังพลาสติกหนาที่เข็มไม่สามารถแทงทะลุได้ หรือเราเรียกว่า puncture proof containers ซึ่งสามารนำกล่องพลาสติกหนาที่มีอยู่แล้วมาใช้ได้ นอกเหนือจาก syringe และเข็มแล้ว อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในการฉีดวัคซีน เช่น ขวดยาที่ใช้หมดแล้ว หรือ vaccine หมดอายุก็ต้องจัดเป็นขยะอันตรายหรือขยะติดเชื้อเช่นเดียวกัน

นอกจากนี้หลังจากการให้วัคซีน ผู้ให้บริการยังจำเป็นต้องให้คำแนะนำเพื่อสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการมีผลข้างเคียง ปกติอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้นก็จะไม่ถึงกับเป็นสิ่งคุกคามชีวิตของผู้รับวัคซีน ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากที่เด็กจะมีอาการงอแงจากความไม่สุขสบายแล้ว ยังมีทั้งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ ปฏิกิริยาทั้งระบบชนิดไม่รุนแรง และชนิดรุนแรง ซึ่งจะอธิบายลักษณะอาการรวมถึงการจัดการเบื้องต้น ดังนี้

1. ปฏิกิริยาซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะที่

อาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการบวม แดง คัน บริเวณที่ฉีดวัคซีน อาจมีเลือดออกซึมเล็กน้อยและหยุดในระยะเวลาอันสั้น อาการเหล่านี้จะหายไปได้เอง

การจัดการเบื้องต้น หรือคำแนะนำทั่วไป

- ไม่แนะนำให้สัมผัส กดแรง คลึง หรือนวดบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ดูแลความสะอาด สังเกตอาการว่ามีอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณที่ฉีดหรือไม่ หรือมีลักษณะผิดปกติใดๆ เช่น มีเลือดออกมา มีตุ่มหนอง มีอาการไข้สูงมากให้รีบมาพบแพทย์
- สามารถประคบเย็น เพื่อลดอาการปวดได้ หรือรับประทานยาแก้ปวดลดไข้
- หากมีไข้ร่วมด้วยสามารถเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว คือ 10 mg./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง

2. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งระบบชนิดไม่รุนแรงและชนิดรุนแรง

อาการและอาการแสดงไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้สูงกว่า 39°C ซึม เบื่ออาหาร ร้องกวน อาเจียน หรือมีผื่นขึ้นตามตัว

การจัดการและการให้คำแนะนำทั่วไป

- เช็ดตัวลดไข้ พร้อมกับให้ยาลดไข้ทันที
- ให้เด็กดื่มน้ำ ดื่มนมให้มากๆ
- สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งระบบชนิดรุนแรง ได้แก่ อาการไข้แบบ anaphylaxis เช่น หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด มีผื่นขึ้นทั้งตัว มือ เท้า หน้า ปาก บวม หรือมีอาการผิดปกติทางสมอง เช่ซึม อ่อนแรง ภาวะรู้สติเปลี่ยนแปลง มีอาการชัก หากพบอาการผิดปกติชนิดรุนแรงให้พามาพบแพทย์โดยทันที หรือหากพบอาการเบื้องต้นเป็นอาการและอาการแสดงชนิดไม่รุนแรง แต่เมื่อให้การดูแลแล้วอาการไม่ดีขึ้น และมีอาการแสดงที่ดูเหมือนเด็กแย่ลงให้พามาโรงพยาบาลทันที

บทนำ

ปัจจุบันการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของการสาธารณสุขเพื่อมุ่งที่จะป้องกันประชาชนให้ปลอดจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่การที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้นั้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้ความใส่ใจและเข้าใจในการเตรียมการเพื่อให้วัคซีน ตั้งแต่การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ วัคซีน วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและที่สำคัญ คือ การเตรียมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ให้บริการทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัคซีนชนิดต่างๆ การประเมินสภาพ การซักประวัติและสังเกตอาการสำคัญของผู้รับบริการก่อนให้วัคซีนและหลังได้รับวัคซีน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการให้บริการวัคซีน ผู้ให้บริการต้องรู้จักวิธีการเตรียมวัคซีนอย่างถูกต้อง เมื่อถึงขั้นตอนการฉีดวัคซีนก็ควรให้ความสำคัญกับเทคนิควิธีการให้วัคซีนด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้วอย่างถูกต้องมีความสำคัญมากอีกประการหนึ่ง เนื่องจากเป็นการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่ให้บริการ ถึงแม้ว่าการกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้วจะเป็นเรื่องที่ทราบกันทั่วไป ใช้หลักการเดียวกับการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้ออยู่แล้ว แต่ในการปฏิบัติจริงผู้ให้บริการมักละเลยที่จะให้ความสำคัญอย่างมาก จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในวิธีการที่ถูกต้อง

การสังเกตความผิดปกติของผู้รับบริการภายหลังได้รับวัคซีนก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของการบริการ ถึงแม้ว่าวัคซีนจะเป็นสัญลักษณ์ของการสร้างภูมิคุ้มกัน แต่ตัววัคซีนเองก็ได้ชื่อว่าเป็นส่วนประกอบของเชื้อโรค เมื่อถูกใส่เข้าไปในร่างกายก็อาจทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาต่อวัคซีนชนิดนั้นๆ ซึ่งถ้าเกิดปฏิกิริยาที่ไม่รุนแรงก็ถือว่ายังมีความปลอดภัย แต่หากมีปฏิกิริยาทั้งระบบแบบรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต หรือทำให้เกิดความพิการได้ ก็จะเกิดผลเสียอย่างประมาณค่าไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการวัคซีนต้องทราบถึงปฏิกิริยาหรืออาการข้างเคียงของวัคซีนแต่ละชนิด เพื่อให้สามารถป้องกัน สังเกตอาการ ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือแก้ไขได้อย่างทันท่วงที จะเห็นว่าขั้นตอนการให้บริการตั้งแต่ผู้รับบริการเดินเข้ามาจนกระทั่งให้บริการเสร็จสิ้น ล้วนมีความสำคัญและเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการไม่ควรละเลยหรือใช้ความเคยชินในการให้บริการ เพราะจะทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่ายและทำให้ภูมิคุ้มกันโรคไม่เกิดประสิทธิผลตามที่ควรจะเป็น และอาจจะเป็นเหตุของการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนขึ้นอีกในประเทศไทย

1. การเตรียมการก่อนให้วัคซีน

1.1 การเตรียมกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

การประมาณการจำนวนผู้มารับบริการเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะได้คำนวณปริมาณวัคซีนแต่ละชนิดและอุปกรณ์ที่ใช้ได้ถูกต้องและเพียงพอแก่ผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันมีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้บันทึกแทนทะเบียนผู้มารับบริการ ซึ่งจะมีการลงบันทึกวันนัดให้บริการครั้งต่อไป ซึ่งระบบคอมพิวเตอร์นี้สามารถประมวลผลได้ว่า มีผู้ที่ได้รับการนัดมารับบริการในแต่ละวัน จำนวนเท่าใด กลุ่มอายุใด ต้องรับวัคซีนชนิดใด ซึ่งเป็นข้อมูลที่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ในการเตรียมวัคซีนเพื่อให้บริการ นอกจากนี้ยังต้องเตรียม

วัคซีนเพิ่มสำหรับผู้รับบริการรายใหม่ เช่น เด็กเกิดใหม่ด้วย

แต่ถ้าถึงวันนัดแล้วกลุ่มเป้าหมายไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่จะต้องบันทึกแก้ไขวันนัดใหม่ จึงจะรวมเป้าหมายได้ทุกคน ขั้นตอนนี้ถ้าปรับแก้ไม่สมบูรณ์ก็จะทำให้จำนวนเป้าหมายที่จะมารับบริการที่ถูกบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์น้อยกว่าความเป็นจริง ทำให้การเตรียมวัคซีนเพื่อให้บริการไม่เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมายที่จะมารับบริการ

นอกจากนี้ในการให้บริการฉีดวัคซีนแต่ละครั้งจะต้องตรวจสอบในแฟ้มประวัติหรือสมุดบันทึกสุขภาพว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบทุกชนิดตามกำหนดอายุหรือตามช่วงเวลาที่ควรจะเป็นหรือไม่ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางคนอาจมารับวัคซีนล่าช้า เจ้าหน้าที่จะต้องนัดหมายให้ได้รับวัคซีนจนครบตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

การที่กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนล่าช้ามีผลทำให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันที่ไม่สูงพอที่จะต่อสู้กับเชื้อโรคได้ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดต่อที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีนได้ ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวกลุ่มเป้าหมายเอง และยังอาจกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคในชุมชนนั้นด้วย ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาและการสูญเสียทรัพยากรอีกมากมาย ที่ต้องใช้ในการรักษาและควบคุมป้องกันการแพร่ระบาด

ดังนั้นการติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับวัคซีนตามนัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ หน่วยงานอาจพิจารณาจากระบบเดิมที่ใช้กันอยู่ว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด มีความคุ้มค่า คุ้มทุน ตอบผลการปฏิบัติตามที่คาดหวังได้หรือไม่ การจัดระบบในเรื่องของระยะการติดตามและวิธีการติดตามนั้นขึ้นอยู่กับหน่วยงาน ปัจจุบันที่มีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาใช้ในการบันทึกฐานข้อมูลของกลุ่มประชากรที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. หรือสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งถ้าหากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนและถูกต้องจะเป็นประโยชน์กับเจ้าหน้าที่อย่างมาก ที่จะสามารถใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยในการประมวลผลว่ามีใครบ้างที่ไม่ได้มารับวัคซีนตามนัด เจ้าหน้าที่ก็จะมีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ต้องติดตามไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการวัคซีนให้ครบตามกำหนด หรือเพื่อทราบว่ากลุ่มเป้าหมายอาจไปใช้บริการที่สถานบริการอื่น ถ้าได้ไปใช้บริการก็ให้ลงบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติเพื่อจำหน่ายออกจากการนัดหมาย

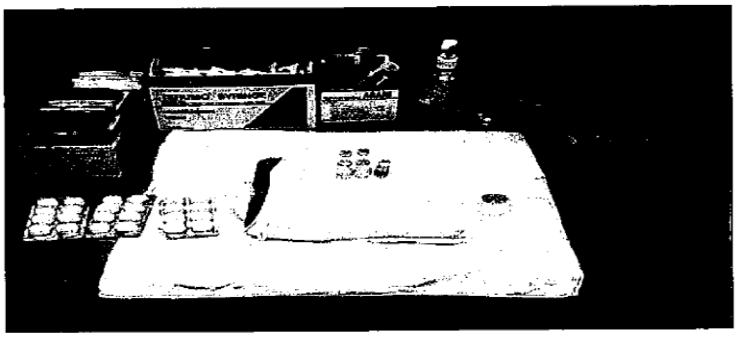
1.2 การเตรียมสถานที่

การวางแผนในการจัดสถานที่อย่างเหมาะสมจะช่วยให้การดำเนินงานในการให้วัคซีนเป็นไปด้วยความรวดเร็วและเป็นระบบ สำหรับการจัดสถานที่ในการให้บริการควรพิจารณาถึงความครอบคลุมของกระบวนการให้บริการ ได้แก่ สถานที่ลงทะเบียนรับบริการ บริเวณชั่งน้ำหนัก วัดความยาวหรือส่วนสูง ห้องตรวจหรือสถานที่ที่ใช้ซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินสภาพผู้รับบริการก่อนได้รับวัคซีน บริเวณที่ฉีดวัคซีน ให้คำแนะนำและสังเกตอาการ และคำนึงถึงการลำดับจุดรับบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ นอกจากนี้สถานที่ควรจะเป็นบริเวณที่ไม่แออัด สามารถรองรับผู้รับบริการได้เพียงพอและควรเป็นสถานที่ที่สะอาด

สถานที่ที่ให้บริการวัคซีนอาจจำแนกเป็น 2 รูปแบบ คือ หน่วยบริการในสถานที่และหน่วยบริการนอกสถานที่ สำหรับสถานที่ฉีดวัคซีนที่จัดเป็นหน่วยบริการในโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. นั้นควรแยกจากคลินิกเด็กป่วย การจัดสถานที่ที่ให้บริการควรคำนึงถึงความสะดวกในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นกระบวนการเตรียมหรือการฉีดวัคซีน ควรจัดวางอุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้งานไว้ภายในบริเวณที่ให้บริการเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ตามภาพที่ 6.1 ทั้งนี้รวมถึงบริเวณที่ล้างมือด้วย และสถานที่ที่เหมาะสมควรเป็นบริเวณที่เงียบสงบเพื่อผู้ให้บริการสามารถอธิบายและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้โดยสะดวก ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้ห้องฉีดวัคซีนมีทางเข้าและออกคนละทางเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ และไม่สร้างความตื่นตระหนกให้แก่ผู้ที่รอฉีดวัคซีนด้วย แต่ถ้าจัดไม่ได้ควรให้ผู้รับบริการเข้ามาครั้งละคน ไม่ควรให้รออยู่ในห้องครั้งละหลายๆ คน

ในกรณีที่ตั้งหน่วยรับบริการนอกสถานที่ควรตั้งอยู่ในที่ร่ม ไม่ควรอยู่กลางแจ้งที่มีแสงแดดส่องถึงมีลมหรือฝุ่นพัดผ่าน มีป้ายบอกจุดบริการที่ชัดเจน จัดเตรียมบริเวณทางเข้าออกให้สะดวกแก่การบริการ ควรจัดให้มีสถานที่นั่งรอที่สะดวกสบาย สะอาดและมิดชิด เพื่อลดความตื่นตระหนกของผู้ที่รอฉีดวัคซีน ควรจัดบริเวณที่ล้างมือ และวางอุปกรณ์ใช้งานให้อยู่ในบริเวณที่หยิบจับง่ายและไม่เกิดการปนเปื้อน สิ่งที่ควรคำนึงถึงอีกอย่างหนึ่งในการให้บริการนอกสถานที่คือการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ให้เพียงพอ และการเก็บรักษาวัคซีนให้อยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม

เมื่อกล่าวถึงการเตรียมสถานที่ มักจำเป็นต้องกล่าวถึงการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการให้วัคซีนด้วย เนื่องจากเป็นจุดบริการที่สำคัญ ในจุดบริการควรมีโต๊ะวางอุปกรณ์ต่าง ๆ และเก้าอี้สำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หรืออาจมีเตียง (ซึ่งอาจมีหรือไม่มีก็ได้) กระติกเก็บวัคซีนควรอยู่ใกล้บริเวณที่ให้บริการ หรือหากห้องให้บริการมีตู้เย็นเก็บวัคซีนก็จะดี เพื่อจะได้ไม่ต้องนำวัคซีนออกจากที่เก็บมาจำนวนมากเกินไป หากจำเป็นต้องใช้วัคซีนเพิ่มจะเกิดความสะดวกและยังป้องกันการเสื่อมคุณภาพของวัคซีนอีกด้วย



ภาพที่ 6.1 ตัวอย่างการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการให้บริการวัคซีน

1.3 การเตรียมอุปกรณ์ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วย

- โต๊ะ เก้าอี้
- ผ้าสะอาดปูบนโต๊ะ เพื่อวางวัคซีน
- เข็มเบอร์ 21, 25 และ 26
- กระบอกฉีดยา (Syringe) ขนาด 1, 3 และ 5 มล.
- กระปุกสำลี แอลกอฮอล์
- กระปุกสำลีแห้ง
- พลาสเตอร์
- กระติกวัคซีน, ซองน้ำแข็ง (Icepack) ที่เริ่มละลาย
- กล่องสำหรับเก็บขวดวัคซีนที่ใช้แล้ว (เก็บในตู้เย็น +2 ถึง +8 °C เป็นเวลา 7 วัน)
- กล่องใส่เข็มที่ใช้แล้วเป็นถังพลาสติกหนา
- ถังขยะ (ขยะธรรมดา, ขยะติดเชื้อ, กล่องทิ้งขวดวัคซีน)

2. การให้บริการ

ขั้นตอนการให้บริการประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การซักประวัติและการประเมินคัดกรองผู้รับบริการ

การซักประวัติ และการประเมินคัดกรองผู้รับบริการมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ถือเป็นขั้นตอนที่ต้องทำให้เกิดการปฏิบัติในการทำงานจริง การซักประวัติ และการประเมินคัดกรอง จะช่วยให้ผู้ให้บริการทราบในเบื้องต้นว่า ผู้รับบริการมีข้อจำกัดหรือข้อควรระวังในการที่จะให้วัคซีนหรือไม่ สามารถให้ได้ในการมาครั้งนี้หรือไม่ จำเป็นต้องเลื่อนการรับวัคซีนหรือไม่ และยังสามารถพิจารณาได้อีกด้วยว่าผู้รับบริการได้รับภูมิคุ้มกันตามวัยและตามเกณฑ์ที่ควรจะได้รับหรือไม่

ประวัติการแพ้ยาหรือสารต่างๆ ในผู้รับบริการที่จะมารับวัคซีน ผู้ให้บริการจำเป็นต้องประเมินระดับความรุนแรงของอาการแพ้ด้วย หากมีอาการแพ้รุนแรงแบบ Anaphylactic shock ควรพิจารณางดเว้นและพิจารณาใช้วัคซีนตัวอื่นทดแทน

การพิจารณาเรื่องไข้สูง ควรวัดอุณหภูมิร่างกายของเด็ก หากอุณหภูมิมากกว่า 38.5 °C จะไม่ให้วัคซีนในครั้งนั้น และต้องระวังเป็นอย่างมากในเด็กที่ได้รับวัคซีน DTP เนื่องจาก common side effect ของวัคซีนชนิดนี้จะทำให้เกิดไข้สูงได้ จึงจำเป็นต้องระมัดระวังและให้ความสำคัญกับการดูแลเรื่องไข้ภายหลังได้รับวัคซีน

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ผู้ให้บริการควรมีการซักประวัติหรือตรวจสอบข้อมูลในประวัติการรับการรักษาพร้อมกับประเมินสภาพผู้รับบริการในเบื้องต้นอย่างละเอียด เรื่องนี้มักจะถูกละเลยในการให้บริการวัคซีนที่โรงเรียน และการ screening ควรดำเนินการพร้อมกับการขอคำยินยอมจากผู้ปกครองเด็ก ควรระวังเป็นอย่างยิ่งในการฉีดวัคซีนเชื้อเป็นชนิดอ่อนฤทธิ์

การประเมินคัดกรองจำเป็นต้องดูรายละเอียดในสมุดสุขภาพของเด็ก หากเป็นเด็กในโรงเรียนผู้ให้บริการจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลประวัติสุขภาพและประวัติการได้รับวัคซีนที่โรงเรียนในแต่ละช่วงอายุของเด็กจากทะเบียนนักเรียนด้วย

จากการศึกษาแนวทางของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแนะนำให้ใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการโดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่มารับวัคซีน ซึ่งเป็นแบบ checklist ที่สามารถทำได้ง่าย อาจเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ให้บริการมีแนวทางในการให้วัคซีนแก่ผู้รับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เครื่องมือนี้สามารถให้ผู้รับบริการทำด้วยตนเอง หรือบุคลากรผู้ให้บริการซักประวัติตามข้อคำถามในแบบคัดกรองก็ได้ ตามรายละเอียด ดังนี้

แบบคัดกรองสำหรับผู้ที่มารับวัคซีน

คำชี้แจง สำหรับผู้ปกครอง/ผู้มารับวัคซีน

คำถามต่อไปนี้จะช่วยให้ตัดสินใจได้ว่าผู้มารับวัคซีนควรได้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่ คำตอบ "ใช่" ไม่ได้หมายความว่า ผู้รับบริการไม่ควรได้รับวัคซีน (หากท่านทำแบบคัดกรองนี้ด้วยตนเองและมีข้อสงสัย ให้สอบถามเจ้าหน้าที่ได้ทันที ในข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน)

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. วันนี้ผู้มารับวัคซีนมีอาการเจ็บป่วยใด ๆ หรือไม่			
2. ผู้มารับวัคซีนเคยมีประวัติแพ้ยา สารอาหารและแพ้วัคซีนตัวใดบ้างหรือไม่			
3. ในการได้รับวัคซีนครั้งที่ผ่าน ๆ มา เคยมีอาการรุนแรงหรือมีปฏิกิริยาของร่างกายใด ๆ ต่อวัคซีนบ้างหรือไม่			
4. มีโรคประจำตัว เช่น โรคหืด โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต โรคเมตาบอลิก หรือโรคเลือดบ้างหรือไม่			
5. ใน 1 ปีที่ผ่านมา แพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยเคยบอกท่านว่าบุตรหลานของท่านหายใจมีเสียงดังวี๊ด เป็นหืดหรือไม่ (สำหรับเด็กที่ได้รับวัคซีนในช่วงอายุ 2-4 ปี)			
6. ผู้มารับวัคซีนเคยมีประวัติชัก และมีอาการแสดงถึงความผิดปกติทางระบบประสาทบ้างหรือไม่			
7. ผู้มารับวัคซีนเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว เอดส์ หรือปัญหาสุขภาพที่เกิดความผิดปกติของภูมิคุ้มกันหรือไม่			
8. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้มารับวัคซีนเคยได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ ยากดภูมิคุ้มกัน ยาต้านมะเร็ง หรือยาต้านไวรัสหรือไม่			
9. ใน 1 ปีที่ผ่านมา เคยได้รับเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด อิมมูโนโกลบูลิน หรือไม่			
10. ผู้มารับวัคซีน เคยได้รับวัคซีนใดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่			
11. ผู้มารับวัคซีนกำลังตั้งครรภ์หรือไม่			

ดัดแปลงจาก Screening Questionnaire for child and Teen Immunization Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention (April, 2009)

การใช้คำถามตามรายการที่กล่าวมาแล้วขั้นต้น จะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพหรือผู้ให้บริการมีเกณฑ์ในการตัดสินใจที่ตรงตามหลักวิชาการมากขึ้น ซึ่งจะขออธิบายรายละเอียดที่จำเป็น ดังนี้

- **การถามถึงความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกายในปัจจุบัน** เป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ ถึงแม้ว่าจะไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้ประสิทธิภาพของวัคซีนลดลงหรือเพิ่มความรุนแรงของผลข้างเคียง แต่การเจ็บป่วยรุนแรงปานกลางถึงมาก มักจะเป็นข้อบ่งชี้ในการงดการรับวัคซีนในครั้งนี้ เช่น ผู้ที่กำลังมีไข้สูง ควรเลื่อนกำหนดการฉีดวัคซีนออกไปจนกว่าไข้จะหาย สำหรับการเจ็บป่วยหรือภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเพียงเล็กน้อย เช่น หวัด ไอ ไข้ต่ำ ๆ สามารถให้วัคซีนได้ ถึงแม้จะรับประทานยาปฏิชีวนะอยู่ก็ตาม

- **ประวัติในเรื่องการแพ้ยาหรือสารอาหารต่าง ๆ** เป็นส่วนหนึ่งที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจ เช่น ถ้าเด็กมีอาการหายใจลำบาก หายใจเสียงดังวี๊ด หรือเป็นลมหมดสติ หรือมีอาการทางสมอง (encephalopathy) จากการได้รับวัคซีน ในครั้งที่ผ่าน ๆ มา ต้องมีการระมัดระวังในการให้วัคซีนครั้งนี้มากขึ้น

- **เด็กที่เคยได้รับวัคซีน DTP แล้วมีไข้สูง (เกิน 40.5°C)** ภายใน 48 ชั่วโมง หลังฉีดวัคซีนมีอาการไข้ชัก หรือชักไม่มีไข้ภายใน 3 วัน กรีดร้องนานเกินกว่า 3 ชั่วโมง ภายใน 48 ชั่วโมง การให้วัคซีนครั้งต่อไปให้ระมัดระวัง ถ้ามีอาการทางสมอง (encephalopathy) ภายใน 7 วัน หลังฉีดวัคซีน ให้งดการรับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของ DTP

- **เด็กที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคชักและมีประวัติชักจากไข้สูง** สามารถให้วัคซีนได้ ถ้าให้วัคซีนรวมคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ควรให้ยาพาราเซตตามอล ขนาด 10 mg/kg/dose ทุก 4 ชั่วโมง หลังฉีดยาเป็นเวลา 24 ชั่วโมง ถ้าได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด อาจมีไข้ในวันที่ 5-10 หลังได้รับวัคซีน และอาจต้องพิจารณาให้ยาลดไข้

- **การให้อิมมูโนโกลบูลิน พลาสมา หรือเลือดมาไม่ถึง 3 เดือน** ไม่ควรให้วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ เช่น วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน หากเด็กมีประวัติได้รับอิมมูโนโกลบูลินขนาดสูงเข้าหลอดเลือด ต้องเลื่อนวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ไปอีกอย่างน้อย 5 – 11 เดือน ยกเว้นโปลิโอชนิดรับประทาน หากเด็กมีประวัติได้รับอิมมูโนโกลบูลิน พลาสมา หรือเลือด หลังจากได้วัคซีน MMR ไม่ถึง 2 สัปดาห์ จะต้องฉีดวัคซีน MMR ซ้ำใน 3 เดือนต่อมา การให้อิมมูโนโกลบูลินกับการให้วัคซีนชนิดเชื้อตายสามารถให้ได้โดยให้ฉีดคนละตำแหน่ง

- **ถ้าเด็กมีภูมิคุ้มกันผิดปกติแต่กำเนิด** ไม่ควรให้วัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ และไม่ควรให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทานแก่เด็กปกติที่มีคนในบ้านเป็นโรคขาดภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด เพราะเชื้อไวรัสจากวัคซีนโปลิโอ อาจทำให้คนที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องป่วยหรืออาจมีอาการอัมพาตได้

- **เด็กที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน** สามารถให้ท็อกซอยด์ และวัคซีนชนิดเชื้อตายได้ ถึงแม้ว่าภูมิคุ้มกันจะขึ้นน้อยกว่าคนปกติแต่ก็เพียงพอที่จะป้องกันโรคได้ หากต้องได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์เด็กต้องหยุดยากดภูมิคุ้มกันแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
- **หญิงตั้งครรภ์** ให้ฉีดวัคซีนชนิดเชื้อตายได้แต่ไม่ให้วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์
- **ผู้ที่ได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์** ชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วต้องรออีกอย่างน้อย 28 วัน จึงจะให้วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์อีกได้ แต่ถ้าในครั้งเดียวกันเด็กต้องได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์พร้อมๆ กันสามารถให้ได้ ส่วนวัคซีนชนิดเชื้อตายสามารถให้ได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงระยะห่าง

นอกจากนี้ การซักประวัติยังควรต้องถาม หรือดูเอกสารการได้รับวัคซีนครั้งสุดท้ายในสมุดสุขภาพด้วย การให้วัคซีนห่างเกินกว่ากำหนดไม่ได้ทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดน้อยลง แต่ในทางตรงกันข้ามการฉีดวัคซีนที่เร็วกว่ากำหนด อาจทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นได้น้อยลงหรืออยู่ไม่นานตามกำหนด ดังนั้นถ้ามาฉีดวัคซีนเลยกำหนดนัดสามารถฉีดเข็มต่อไปได้เลยโดยไม่ต้องตั้งต้นใหม่

สำหรับเด็กที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด สามารถให้วัคซีนเหมือนเด็กที่เกิดครบกำหนดได้ โดยไม่ต้องพะวงถึงอายุก่อนคลอด

เด็กที่ติดเชื้อ HIV หรือ AIDS (CD4 มากกว่า 15%) ไม่ว่าจะมีหรือไม่มีอาการก็สามารถให้วัคซีนทุกชนิดได้เหมือนเด็กปกติ (ยกเว้นวัคซีนอีสุกอีใส CD4 ต้องมากกว่า 25%) วัคซีน BCG ให้ได้เฉพาะเด็กที่ติดเชื้อแต่ยังไม่มีอาการ ส่วนวัคซีน OPV สามารถให้ได้แม้เด็กจะมีอาการของโรคเอดส์ (CD4 ต่ำกว่า 15%) แล้วก็ตาม

2.2 การสังเกตอาการก่อนให้วัคซีน

นอกเหนือจากการซักประวัติแล้ว การสังเกตลักษณะท่าทางและอาการแสดงของเด็กก่อนได้รับวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง เนื่องจากการได้ข้อมูลจากการซักประวัติเพียงอย่างเดียวอาจจะยังไม่น่าเชื่อถือเพียงพอเท่ากับการมีข้อมูลจากการสังเกตและตรวจร่างกายมาประกอบการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ดังนั้นจึงมีแนวทางในการสังเกตและการตรวจร่างกายผู้รับบริการ ดังนี้

2.2.1 ผู้ให้บริการควรต้องสังเกตลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ สิ่งที่ผู้ให้บริการควรสังเกต คือ ลักษณะท่าทาง การตอบสนองของเด็ก หากเด็กซึม ดูอ่อนเพลียมาก ต้องประเมินสภาพและซักประวัติเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุและตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อประเมินความพร้อมที่จะรับวัคซีน

2.2.2 การสังเกตรอยที่ฉีดวัคซีนเมื่อครั้งที่ผ่านมาก็จำเป็นและนำมาใช้ในการตัดสินใจว่าครั้งนี้จะฉีดยาบริเวณใดข้างใด

2.2.3 การตรวจร่างกายหรือประเมินสภาพเพิ่มเติม เพื่อยืนยันความเป็นปกติหรือการเกิดอาการที่ผิดปกติและเป็นข้อห้ามในการได้รับวัคซีน ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย หากผู้ปกครองให้ข้อมูลว่าเด็กมีไข้หรือเป็นหวัดในช่วงเวลาใกล้ๆ กับการมารับวัคซีน นอกจากนี้ยังต้องประเมินสภาพในระบบทางเดินหายใจ การตรวจหู คอ จมูก และปอด ใช้หลักการตรวจร่างกายพื้นฐาน คือ ดู คลำ เคาะ ฟัง หากเด็กมีเสมหะหรือน้ำมูกให้สังเกตลักษณะ สี กลิ่น ที่ผิดปกติ หากเกิดร่วมกับการมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38°C ก็ควรเลื่อนการฉีดวัคซีนออกไปก่อน และทำความเข้าใจกับผู้รับบริการว่า การฉีดวัคซีนที่ล่าช้าไปกว่ากำหนดไม่ได้มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดน้อยลง แต่ให้เน้นย้ำว่าอาการที่ดีขึ้นในลักษณะใดที่จะสามารถพาเด็กมาฉีดวัคซีนได้ เช่น มีเพียงน้ำมูกใสๆ ไม่มีไข้ หรือมีไข้ต่ำๆ หรือเมื่อหายจากอาการต่างๆ แล้ว ก็สามารถพาเด็กมารับวัคซีนได้ นอกจากนี้ หากสามารถให้เวลาในการประเมินสภาพเด็กตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า จะทำให้ผู้ให้บริการทราบถึงภาวะสุขภาพของเด็ก และอาจนำไปสู่การส่งต่อหรือการดูแลรักษาที่ถูกต้องต่อไป

2.2.4 การสังเกตความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ของเด็กจะทำให้ผู้ให้บริการคำนึงถึงการเตรียมเด็ก และการรับมือกับเด็ก เป็นเรื่องปกติที่เด็กจะมีความกลัวในการรับการตรวจร่างกายหรือฉีดวัคซีน เพราะการฉีดวัคซีนจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและความรู้สึกเจ็บ ผู้ให้บริการจึงต้องคำนึงถึงหลักการของ Atraumatic Care หรือการดูแลที่ไม่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การเข้าใจในพัฒนาการตามวัยของเด็ก เลือกวิธีการเข้าหาเด็กหรือเตรียมเด็กที่ทำให้เด็กไม่เกิดความกลัว ไม่ใช้คำพูดข่มขู่หรือแสดงท่าทีคุกคามเด็ก มีการพูดคุยสร้างบรรยากาศ ฉีดวัคซีนด้วยเทคนิควิธีการที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย เป็นต้น

2.3 การเตรียมการก่อนให้วัคซีน

ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีการเตรียมเพื่อที่จะฉีดวัคซีน การเลือกอุปกรณ์ การตรวจสอบวัคซีนและวิธีการเตรียมยา

2.3.1 การเตรียมการเพื่อลดการติดเชื้อ

การเตรียมที่ถูกต้องเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การได้รับวัคซีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งควรคำนึงถึงเรื่องการควบคุมการติดเชื้อเป็นสำคัญ ได้แก่ การล้างมือ สวมถุงมือ การป้องกันเข็มแทง การใช้อุปกรณ์ชนิดที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง

- **การล้างมือ:** เป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อหรือการปนเปื้อนที่มีประสิทธิภาพที่สุด วิธีการล้างมือควรล้างด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้น้ำยาล้างมือแล้วซับให้แห้งก่อนเตรียมยา
- **การป้องกันการบาดเจ็บจากเข็มแทง:** ในขณะเตรียมหรือผสมยา ผู้ให้บริการควรแน่ใจว่าเข็มฉีดยาที่ใช้ต้องไม่มีการปนเปื้อนและไม่สัมผัสกับสิ่งใด ๆ และต้องระมัดระวังในการสวมปลอกเข็มกลับเพื่อไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากเข็มแทงและทำให้เกิดการปนเปื้อน และหลังจากฉีดวัคซีนแล้วไม่ควรสวมปลอกเข็มกลับหลังฉีด เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการติดเชื้อจากการถูก

เข็มที่ใช้แล้วแทง

- **การใช้อุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง:** เข็มที่ใช้เสร็จแล้วให้ทิ้งในกล่องใส่เข็มเพื่อไม่ให้นำเข็มกลับมาใช้อีก และเป็นการป้องกันการติดเชื้อผ่านเลือด
- **ถุงมือ:** หากพบว่าการใช้วัคซีนครั้งนั้นเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือใช้เมื่อมีแผลที่มือที่อาจสัมผัสกับน้ำลายหรือสารคัดหลั่งจากผู้รับวัคซีน แต่หากไม่มีภาวะเสี่ยงใดๆก็ไม่จำเป็นต้องใช้

2.3.2 การเลือกอุปกรณ์

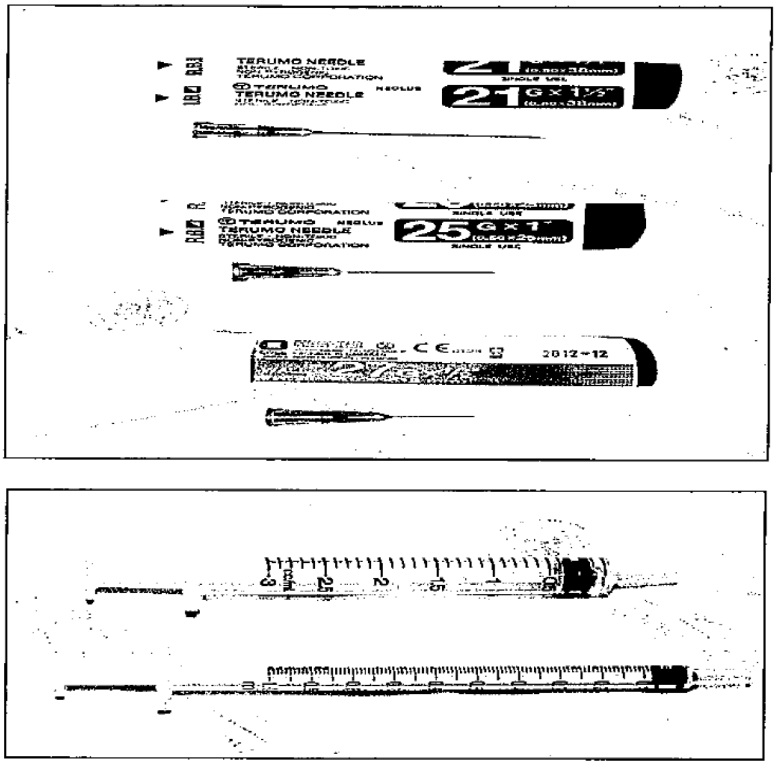
- อุปกรณ์ที่จะกล่าวถึงเป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการเตรียมจะฉีดวัคซีน นั่นคือ การเลือก syringe และเข็มฉีดยาให้เหมาะสม (ภาพที่ 6.2)

การเลือกใช้ Syringe

- Syringe ที่ใช้ผสมวัคซีน อาจมีขนาดบรรจุ 1, 3 และ 5 มล. และเข็มเบอร์ 21-25 โดยพิจารณาขนาดเข็มที่ใช้ให้เหมาะสมกับปริมาตรน้ำยาทำละลาย
- Syringe ที่ใช้ฉีดวัคซีนนั้นจะใช้ขนาดบรรจุ 1 และ 3 มล. และเข็มเบอร์ 25 ความยาว 1-1.5 นิ้ว สำหรับฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ส่วนเข็มเบอร์ 26 ความยาว ครึ่งนิ้ว สำหรับฉีดเข้าชั้นใต้หนัง เข็มฉีดวัคซีนสามารถใช้เข็มขนาดเล็กได้ เนื่องจากวัคซีนเป็นน้ำใส ไม่หนืดข้น
- ควรเลือกใช้ Syringe ขนาดบรรจุ 3 มล. เพื่อบรรจุวัคซีนที่มี dose 0.5-1 มล. และเลือกใช้ Syringe ขนาดบรรจุ 1 มล. แบบเปลี่ยนหัวเข็มได้ เพื่อบรรจุวัคซีนที่มี dose น้อยกว่า 0.5 มล. เช่น วัคซีน JE ที่ใช้ 0.25 มล.

การเลือกใช้เข็มสำหรับการดูดน้ำยาวัคซีน

- การใช้เข็มดูดวัคซีนจากขวดวัคซีน ปกติจะใช้เข็มเบอร์ 21-25 เนื่องจากวัคซีนส่วนใหญ่จะเป็น multi-doses จึงต้องมีการดูดหลายครั้ง อีกทั้งอาจต้องปลดเข็มดูดยาทิ้งบ่อยๆ ในกรณีที่ผู้รับบริการมานานๆ ครั้ง ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าผู้ฉีดอาจจะลืมที่จะดึงยาจากเข็มออกมาซึ่งจะทำให้มีปริมาณยาค้างเข็มได้ หากมีการเปลี่ยนเข็มดูดบ่อยๆ ก็อาจจะทำให้เสียปริมาณยาที่ค้างในหลอดเข็ม จึงไม่นิยมใช้เบอร์ 18
- ไม่นำ Syringe ชนิดเปลี่ยนหัวเข็มไม่ได้ มาใช้ในการฉีดวัคซีน



ภาพที่ 6.2 การเลือกอุปกรณ์ Syringe และเข็มฉีดยา

2.3.3 การตรวจสอบวัคซีนและการเตรียมวัคซีน

การที่ผู้ให้บริการจะฉีดวัคซีนชนิดใดให้แก่ผู้รับบริการนั้น ต้องพิจารณาอย่างละเอียดว่าวันนี้ผู้รับบริการจะได้วัคซีนชนิดใด การตรวจสอบขวดวัคซีนที่จะใช้เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ให้บริการควรอ่านฉลากที่ขวดทุกครั้ง ไม่ควรอาศัยความเคยชินหรือใช้การจดจำสีและลักษณะของขวด ควรตรวจสอบโดยการอ่านฉลากทุกครั้ง นอกเหนือจากการตรวจสอบชื่อวัคซีนแล้ว สภาพของขวดวัคซีนควรอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ ไม่มีรอยเปิดและลักษณะของวัคซีนในขวด เมื่อเขย่าขวดแล้ววัคซีนควรกระจายตัวเป็นเนื้อเดียวกัน การนำวัคซีนมาใช้ทุกครั้งต้องตรวจสอบวันหมดอายุของวัคซีนที่ระบุไว้ทั้งที่กล่องและที่ขวด วัคซีนจะใช้ได้จนกระทั่งถึงวันเดือนปีที่ระบุไว้ กรณีที่ระบุเฉพาะเดือนปีที่หมดอายุให้ใช้วัคซีนขวดนั้นได้ถึงวันสิ้นเดือน ถ้ามีเครื่องหมาย VVM ให้ตรวจสอบลักษณะของ VVM ด้วย

วัคซีนบางชนิดจะมีการบรรจุหีบห่อ พร้อมกับมีน้ำยาทำละลาย (diluents) มาให้ เมื่อผสมวัคซีน ผู้ให้บริการต้องใช้น้ำยาทำละลายของวัคซีนชนิดนั้น ๆ ไม่ควรใช้น้ำยาทำละลาย ที่เหลือจากวัคซีนหรือยาตัวอื่น ๆ แล้วนำมาใช้ผสมกับวัคซีนโดยเด็ดขาด นอกจากนั้นเมื่อผสมวัคซีนแล้ว ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในเอกสารกำกับยาเสมอ เพราะวัคซีนแต่ละชนิดจะระบุไว้ว่าควรใช้หลังจากผสมแล้วภายในกี่ชั่วโมง วัคซีนบางตัวถูกแสงไม่ได้

ต้องใช้ทันทีเมื่อนำออกมา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ให้บริการต้องให้ความใส่ใจในรายละเอียดด้วย

นอกจากนี้ ยังมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องแต่เป็นสิ่งที่พบเห็นได้บ่อยอีกประการหนึ่งคือ การดูดวัคซีนไว้ใน Syringe เพื่อความสะดวกของผู้ให้บริการ ถึงแม้ว่าผู้ให้บริการจะแน่ใจและทราบว่าวัคซีนที่เตรียมไว้เป็นวัคซีนชนิดใด แต่การผิดพลาดก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นไม่ควรประมาท และไม่ควรทำการดูดวัคซีนใส่ Syringe ไว้ล่วงหน้า เพราะนอกจากจะทำให้เกิดการสูญเสียหากใช้วัคซีนไม่หมด วัคซีนอาจตกตะกอนใน Syringe และยังมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคได้มาก ทั้งนี้เนื่องจาก Syringe ถูกผลิตมาเพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ในการฉีดยา ไม่ใช่เพื่อการเก็บยา

ผู้ให้บริการควรตระหนักไว้เสมอว่าผู้ที่เตรียมยาใส่ Syringe ควรจะเป็นผู้ฉีดวัคซีนนั้นด้วยตนเองเพื่อป้องกันความผิดพลาด ถึงแม้ว่าวิธีการนี้จะเป็นหลักการบริหารยาพื้นฐาน แต่มักจะถูกละเลยจากผู้ปฏิบัติอยู่เสมอ

กรณีการใช้วัคซีนชนิดบรรจุขวดละหลายโด๊ส ต้องสามารถระบุได้ว่าผู้รับบริการคนใดได้รับวัคซีนขวดเดียวกัน โดยให้กำหนดเลขที่ของขวดวัคซีนที่นำมาใช้เพิ่มเติมจาก Lot number

2.3.4 ข้อปฏิบัติในการป้องกันการผิดพลาดในการให้วัคซีน

(1) ผู้ที่ให้บริการวัคซีนทุกคนควรเป็นผู้มีความรู้ที่แท้จริงเกี่ยวกับวัคซีนทุกชนิด ดังนั้นต้องมีการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

(2) ควรทำตารางการให้วัคซีนไว้ในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรได้ใช้อ้างอิง หากไม่แน่ใจควรระบุช่วงอายุที่ใช้ ระยะห่างของวัคซีนแต่ละชนิด ขนาดที่ให้ และวิธีใช้ ขนาดของเข็มที่ใช้

(3) ให้ใช้วัคซีนที่ใกล้หมดอายุก่อน และหากพบวัคซีนหมดอายุ หรือ VVM ผิดปกติ ให้ทิ้งวัคซีนขวดนั้น

(4) การเก็บวัคซีนควรมีฉลาก หรือแยกวัคซีนแต่ละชนิดเป็นสัดส่วน เพื่อให้เกิดการผิดพลาดน้อยที่สุดเวลานำมาใช้

(5) ให้วัคซีนที่ตนเองเป็นผู้เตรียมเท่านั้น ใช้หลัก 6 R ในการให้วัคซีน คือ ถูกคน (Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกทาง (Right route) ถูกขนาด (Right dose) ถูกเวลา (Right time) และเทคนิคถูกต้อง (Right method)

(6) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการทุกครั้งว่าจะได้รับวัคซีนชนิดใด และอธิบายผลข้างเคียงที่ผู้ปกครองต้องสังเกต เมื่อให้วัคซีนแล้วต้องบันทึกวันที่ให้ ชื่อผู้รับบริการ ชนิดและครั้งที่ให้วัคซีน Lot number และเลขที่ของขวดวัคซีนในสมุดทะเบียนผู้มารับบริการ

(7) ในการดูดตัวทำละลาย ต้องดูดให้หมดขวด เพราะผู้ผลิตได้เตรียมมาให้พอดีสำหรับผสมวัคซีนแล้วจะได้ปริมาตรของวัคซีนที่ผสมแล้วตามที่กำหนดข้างขวด

2.3.5 การเตรียมวัคซีนขณะให้บริการ

ในการเตรียมวัคซีนตอนให้บริการ ผู้ให้บริการควรดำเนินการดังนี้

(1) ตรวจสอบชนิดของวัคซีนที่จะให้กับใบสั่งการรักษา

(2) ตรวจสอบวันหมดอายุและเครื่องหมาย VVM (ถ้ามี) ที่ขวดวัคซีนที่จะใช้

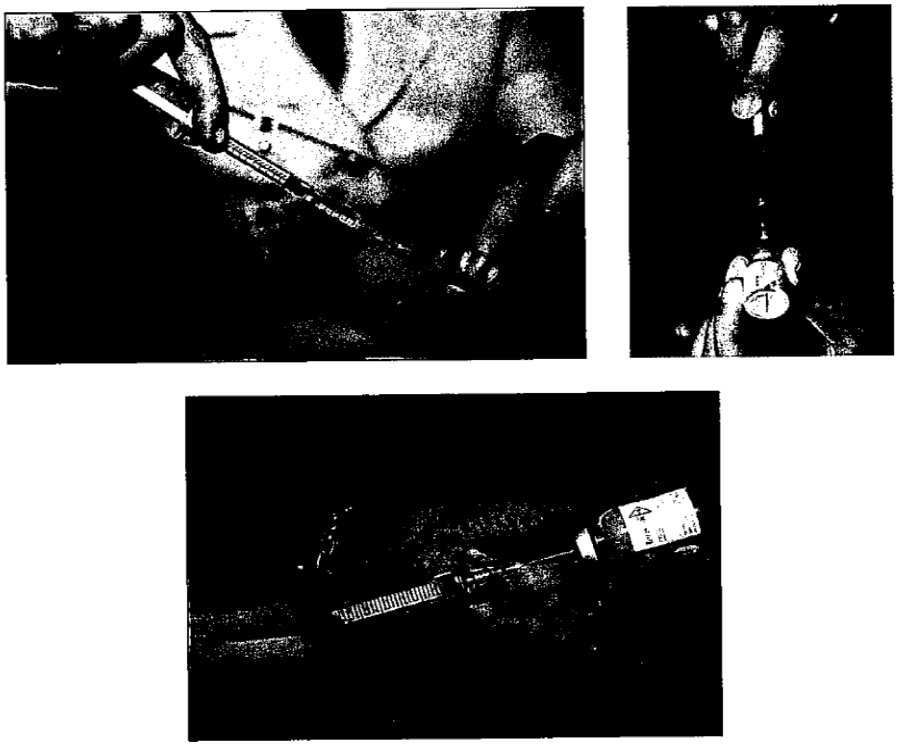
(3) ขวดยาที่เป็น vial ขวดใหม่ทุกขวด ก่อนใช้จะแกะฝาพลาสติกออก ต้องใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ดที่จุกยางและรอให้แห้งก่อนแทงเข็มดูดยาลงไป ตามขนาดการใช้ของวัคซีนแต่ละชนิด โดยคำนึงถึงเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด

(4) ในขวดที่วัคซีนใกล้จะหมด หากดูดวัคซีนออกมาแล้วไม่ครบโด๊ส ให้ทิ้งไปแล้วเตรียมใหม่ ห้ามดูดขวดใหม่เพื่อเติมปริมาณให้ครบโด๊ส

(5) ในกรณีที่เป็นวัคซีนชนิดบรรจุขวดละหลายโด๊ส ใช้เข็มเบอร์ 21-25 ดูดวัคซีนใส่ Syringe ตามปริมาณที่ต้องการ (ในกรณีวัคซีน 2 โด๊ส การใช้เข็มใหญ่อาจทำให้วัคซีนค้างในเข็มจนปริมาณไม่พอฉีด) และเปลี่ยนเข็มเป็นเข็มฉีดก่อนที่จะฉีดทุกครั้ง สำหรับเข็มที่ใช้ดูดวัคซีนชนิดใดแล้วห้ามนำไปใช้ดูดวัคซีนชนิดอื่น ๆ โดยเด็ดขาด

(6) หากวัคซีนเป็นชนิดผงและผสมน้ำยาทำละลาย ควรดูดน้ำยาทำละลายให้หมดขวดแล้วผสมในขวดวัคซีน ต้องเขย่าขวดให้แน่ใจว่าน้ำยาทำละลายกับผงวัคซีนรวมเป็นเนื้อเดียวกัน จึงค่อยนำวัคซีนมาใช้

(7) การดูดน้ำยาทำละลายวัคซีน MMR ให้ดูดหมดขวดถึงแม้ว่าจะเกิน 0.5 มล. และเมื่อผสมกับผงวัคซีนอาจมีปริมาณ 0.6-0.7 มล. เมื่อนำวัคซีนฉีดให้ผู้รับบริการต้องใช้ให้หมด ไม่เช่นนั้นจะทำให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนไม่ครบโด๊ส



ภาพที่ 6.3 การเตรียมวัคซีนขณะให้บริการ

2.4 การเตรียมการขณะให้วัคซีน

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึง การจัดท่าเด็กและเทคนิคการให้วัคซีน/วิธีการฉีด

2.4.1 การจัดท่าเด็ก

การจัดท่าเด็กเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นการลดความเจ็บปวดของผู้รับวัคซีนได้ ช่วยให้การให้วัคซีนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น เข็มหัก การให้วัคซีนในเด็กจำเป็นต้องมีการจัดท่าเด็กที่เหมาะสม เนื่องจากเด็กอาจกลัวและดิ้นหนี โดยเฉพาะเด็กโต หากไม่มีการจัดท่าที่ดีพอ จะทำให้เสียเวลาและเด็กจะเจ็บมากยิ่งขึ้นได้ แนะนำให้จัดท่าเด็กเล็กและเด็กโต ดังนี้

สำหรับเด็กเล็ก จะจัดท่าได้ง่ายเพราะเด็กตัวเล็กและมักจะไม่ดิ้นหนีรุนแรง การจัดท่าเด็กเล็กที่เป็นทารก ขวบปีแรก ควรให้ผู้ปกครองกอดไว้ในท่านั่งตามภาพที่ 6.4 โดยจับเด็กให้นั่งบนหน้าขาผู้ปกครอง และหลังพิงแขนแล้วแขนผู้ปกครองโอบด้านบนไว้ ส่วนขาของเด็กให้ผู้ปกครองใช้ขาทั้งสองข้างหนีบไว้ และนำมืออีกข้างกดเข่าจะทำให้เด็กอยู่กับที่ สำหรับในเด็กอายุ 1-2 ปี หากจัดท่าในท่านั่งได้ก็จะเป็นไปตามภาพที่ 6.5

หากเด็กตัวโตสามารถจัดให้เด็กอยู่ในท่านอนได้ ส่วนในเด็กนักเรียนควรจัดหาที่นั่งให้เด็กนั่ง ไม่ควรให้ยืน เพราะหากเด็กมีอาการเป็นลมจะได้ไม่เกิดอันตราย

ภาพที่ 6.4 การจัดท่าสำหรับเด็กเล็ก

ภาพที่ 6.5 การจัดท่าสำหรับเด็กโต

ในขณะที่เตรียมจัดท่าเด็ก ควรทำความเข้าใจกับผู้ปกครองเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนของเด็กในวันนี้ การเลือกบริเวณที่ฉีด การให้ความมั่นใจในความปลอดภัย รวมทั้งการดูแลภายหลังที่ได้รับวัคซีน เนื่องจากเมื่อเด็กได้รับวัคซีนแล้ว จะร้องไห้ งอแง ทำให้ผู้ปกครองกังวลกับเด็ก ขาดสมาธิในการรับฟังข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าการนวดคลึงบริเวณที่ฉีดก่อนที่จะฉีดวัคซีน การทายาชา การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ของเล่น การให้ดูดนมแม่ ก่อน ระหว่าง และหลังฉีด การจัดท่าที่เหมาะสม และอยู่ใกล้ชิดผู้ปกครอง และการฉีดยาให้เร็วโดยไม่ต้องทดสอบ (no aspiration) จะช่วยให้ระดับความเจ็บปวดของเด็กลดลง และกรณีที่มีการฉีดวัคซีนมากกว่า 1 ชนิดควรฉีดวัคซีนที่เจ็บมากที่สุดไว้ลำดับสุดท้าย เช่น MMR เป็นต้น

สำหรับเด็กโตที่เป็นเด็กวัยเรียนมักจะฉีดที่ต้นแขน ให้เด็กนั่งเอาแขนแนบลำตัว ตามภาพที่ 6.6 หากเป็นไปได้ควรจัดสถานที่ให้มิดชิด และให้เด็กเข้ามารับวัคซีนครั้งละคน เพื่อลดความตื่นกลัว

ภาพที่ 6.6 การจัดท่าสำหรับเด็กนักเรียน

2.4.2 วิธีการให้วัคซีน

การให้วัคซีนเข้าร่างกายมี 5 วิธี ซึ่งในแต่ละวิธีจะมีเทคนิคที่แตกต่างกัน ดังนี้

(1) การกิน (oral route) ใช้ในกรณีที่ต้องการกระตุ้นภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ โดยมากใช้กับวัคซีน ชนิดเชื้อเป็น เช่น วัคซีนโปลิโอ วัคซีนทัยฟอยด์ ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทั้งในลำไส้และกระแสเลือด

การหยอดวัคซีนโปลิโอ

1. หากปลายหลอดพลาสติกสัมผัสกับปากหรือน้ำลายเด็ก ให้เปลี่ยนหลอดพลาสติกก่อนหยอดเด็กรายต่อไป
2. หากทำการหยอดโปลิโอแล้ว เด็กพ่นออกมาหรืออาเจียนออกมาภายใน 5-10 นาที และพิจารณาแล้วว่ายาออกมาหมด สามารถหยอดซ้ำได้ แต่หากพิจาณาแล้วว่ายาที่หยอดเข้าไปมีโอกาสดูดซึมผ่านเยื่อบุภายในช่องปากแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องหยอดซ้ำ

(2) การพ่นเข้าทางจมูก เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันในทางเดินหายใจด้วย

(3) การฉีดเข้าในหนัง (intradermal) วิธีการนี้ใช้เมื่อต้องการลดแอนติเจนลง ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันได้ดีเพราะกระตุ้นเซลล์ในผิวหนังและดูดซึมไปยังท่อน้ำเหลือง กระตุ้นภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เป็นสื่อได้ดี ใช้วัคซีนปริมาณน้อย การฉีดทำได้ยากต้องอาศัยความชำนาญ วัคซีนที่ให้ทางนี้ ได้แก่ วัคซีน BCG วัคซีนพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

การฉีด BCG เข้าชั้นในหนัง (Intradermal injection; ID) ควรฉีดบริเวณไหล่ด้านซ้ายเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน จะทำให้ง่ายต่อการตรวจสอบรอย BCG Scar ปัจจุบันพบว่ามีการฉีดหลายตำแหน่งไม่ว่าจะเป็นไหล่ข้างขวา หรือบริเวณก้น โดยเฉพาะในบริเวณก้น อาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้จากการหมักหมมของอุจจาระและปัสสาวะที่มีโอกาสสัมผัสกับบริเวณที่ฉีดวัคซีน

(4) การฉีดเข้าใต้หนัง (subcutaneous route) ใช้กับวัคซีนที่ไม่ต้องการให้ดูดซึมเร็วเกินไป เพราะอาจเกิดปฏิกิริยารุนแรง และเป็นวัคซีนที่ไม่มีสารดูดซับ (adjuvant) เช่น วัคซีนรวมหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) วัคซีนทัยฟอยด์ วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี (JE) เป็นต้น

ตารางที่ 6.1 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fat)

อายุเด็ก	บริเวณที่ฉีด	ขนาดและความยาวของเข็ม
แรกเกิด-12 เดือน	ชั้นไขมันบริเวณหน้าขา (Anterolateral thigh)	• เบอร์ 26 ขึ้นไป • ความยาวประมาณครึ่งนิ้ว • ไม่จำเป็นต้องทดสอบก่อนดันวัคซีนเข้าไป (no aspiration)
1 ปีขึ้นไป	ชั้นไขมันบริเวณหน้าขา หรือชั้นไขมันบริเวณต้นแขนด้านนอก (upper outer triceps) สามารถเลือกได้	

(5) การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular route) ใช้เมื่อต้องการให้การดูดซึมของวัคซีนดี วัคซีนที่มีสารดูดซับ (adjuvant) ต้องฉีดเข้ากล้ามเนื้อเสมอ เพราะถ้าฉีดเข้าในหนังหรือใต้หนังจะทำให้เกิดการอักเสบเป็นไตแข็งเฉพาะที่ได้ การฉีดเข้ากล้ามเนื้อมีบริเวณที่เหมาะสมสำหรับการฉีดอยู่ 2 ที่ คือ บริเวณต้นแขน (deltoid) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการดูดซึมดีที่สุด เพราะไขมันไม่มาก เลือดเลี้ยงดีและแขนมีการเคลื่อนไหวทำให้การดูดซึมของยาดี และบริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านนอก (mid anterolateral thigh) บริเวณกล้ามเนื้อ vastas lateral การฉีดบริเวณหน้าขามักนิยมฉีดในเด็กเล็ก เนื่องจากแขนยังมีกล้ามเนื้อน้อย ในเด็กวัยเรียนและผู้ใหญ่จะฉีดบริเวณต้นแขน วัคซีนที่ให้ทางกล้ามเนื้อ ได้แก่ วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) วัคซีนตับอักเสบบี (HBV) และวัคซีนพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

ตารางที่ 6.2 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องทดสอบก่อนดันวัคซีนเข้าไป (aspiration)

อายุเด็ก	บริเวณที่ฉีด	ขนาดและความยาวของเข็ม
ทารกแรกเกิด (0-28 วัน)	กล้ามเนื้อ Vastus lateralis อยู่บริเวณหน้าขา (Anterolateral thigh)	• เข็มเบอร์ 25 ยาว 5/8 นิ้ว
ทารก (1 เดือน-1 ปี) วัยเตาะแตะ (1-3 ปี)	กล้ามเนื้อ Vastus lateralis	• เข็มเบอร์ 25 ยาว 1 นิ้ว

ตารางที่ 6.2 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องทดสอบก่อนดันวัคซีนเข้าไป (aspiration) (ต่อ)

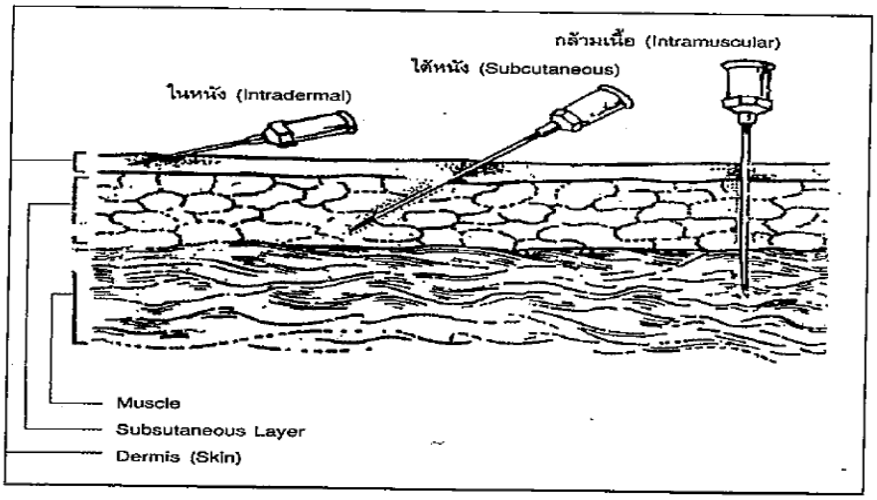
อายุเด็ก	บริเวณที่ฉีด	ขนาดและความยาวของเข็ม
วัยก่อนเรียน (3-6 ปี)	กล้ามเนื้อ Vastus lateralis หรือ กล้ามเนื้อแขน Deltoid	เข็มเบอร์ 25 ยาว 1 นิ้ว หรือ 1 นิ้วครึ่ง ให้พิจารณาจากความอ้วนผอมของเด็ก และให้พิจารณาฉีดในบริเวณที่มีการดูดซึมที่ดีที่สุด เนื่องจากในเด็กการใช้กล้ามเนื้อขาจะมากกว่าแขน ยามีโอกาสดูดซึมได้ดีกว่า
วัยเรียนและวัยผู้ใหญ่	กล้ามเนื้อแขน Deltoid	เข็มเบอร์ 25 ยาว 1 นิ้ว

(6) ห้ามฉีดวัคซีนที่สะโพก เพราะอาจฉีดเข้าชั้นไขมันใต้หนังลงลึกไม่ถึงกล้ามเนื้อ นอกจากนี้เลือดยังไปเลี้ยงสะโพกน้อยกว่าที่ต้นแขน อีกทั้งสะโพกมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้ยาดูดซึมได้ไม่ดี และจะมีผลให้การสร้างภูมิต้านทานไม่ดีด้วย และที่สำคัญคืออาจทำให้เกิด sciatic nerve injury (เดินขาเป๋ตลอดชีพ) ทำให้เกิดความพิการได้

ในบทเรียนนี้จะมุ่งเน้นวัคซีนพื้นฐาน ซึ่งหมายถึงวัคซีนที่ได้รับการบรรจุลงในแผนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ ได้แก่ วัคซีน BCG วัคซีนตับอักเสบบี (HB) วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนและตับอักเสบบี (DTP-HB) วัคซีนโปลิโอชนิดรับประทาน (OPV) วัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี (JE) วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (DTP) และวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก (dT) การอธิบายในรายละเอียดส่วนนี้จะขอกล่าวถึงเทคนิค วิธีการประกอบรูปภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.4.3 เทคนิคการฉีด

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการฉีดวัคซีนมี 3 แบบ คือ Intradermal (เข้าชั้นในหนัง), subcutaneous (เข้าชั้นใต้หนัง) และ Intramuscular (เข้าชั้นกล้ามเนื้อ) ก่อนที่จะลงรายละเอียดถึงเทคนิควิธีการฉีดนั้น อยากให้ผู้ให้บริการวัคซีนได้ทราบว่าวิธี/เทคนิควิธีการฉีดนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้วัคซีนเข้าสู่ร่างกายและมีการดูดซึม. รวมทั้งมีการกระจายตัวของวัคซีน ทำให้เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันอย่างมีประสิทธิผลสูงสุด หลักปฏิบัติโดยทั่วไปก่อนที่จะฉีดต้องยึดหลักการบริหารวัคซีนอย่างเคร่งครัด เมื่อตรวจสอบทุกอย่างเรียบร้อยแล้วก็พร้อมที่จะฉีดวัคซีนเข้าสู่ร่างกาย เทคนิคการฉีดแต่ละแบบ มีดังนี้



ภาพที่ 6.7 การวางตำแหน่งเข็มและความลึกของการแทงเข็ม
(สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

(1) การฉีดวัคซีนเข้าในหนัง (Intradermal)

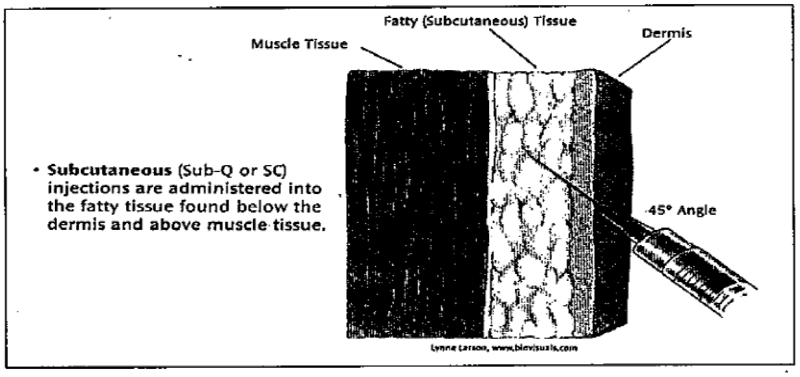
เป็นการนำวัคซีนผ่านเข้าไปเพียงแค่ในหนังเท่านั้น ขนาดวัคซีนที่ฉีดมีปริมาณน้อย จึงควรใช้เข็มเบอร์ 26 ความยาว 1/2 นิ้ว และเนื่องจากวัคซีนที่ฉีดเข้าในหนังเป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็น หากใช้แอลกอฮอล์เช็ดต้องรอให้แห้งก่อนจึงจะฉีด โดยจัดท่าเด็กให้นิ่งและมั่นคงที่สุด เพราะการฉีดเข้าในหนังต้องอาศัยความชำนาญและความนิ่งมากที่สุด เทคนิคการฉีดควรดึงหนังบริเวณที่ฉีดให้ตึง ค่อยๆ แทงเข็มลงไปทำมุมประมาณ 15 องศา แล้วดันวัคซีนเข้าไป ถ้าเทคนิคถูกต้องจะเห็นว่าเมื่อดันวัคซีนเข้าไปจะมีตุ่มนูนขึ้นมาให้เห็นชัด ต้องให้มือนิ่งมากที่สุด เพราะวัคซีนอาจรั่วซึมออกมาได้หากปลายเข็มแทงทะลุออกมานอกผิวหนัง บริเวณที่ฉีดวัคซีน BCG มักฉีดเข้าที่หัวไหล่ข้างซ้าย (ภาพที่ 6.8)

ภาพที่ 6.8 การวางตำแหน่งเข็มและความลึกของการแทงเข็มฉีดเข้าในหนัง

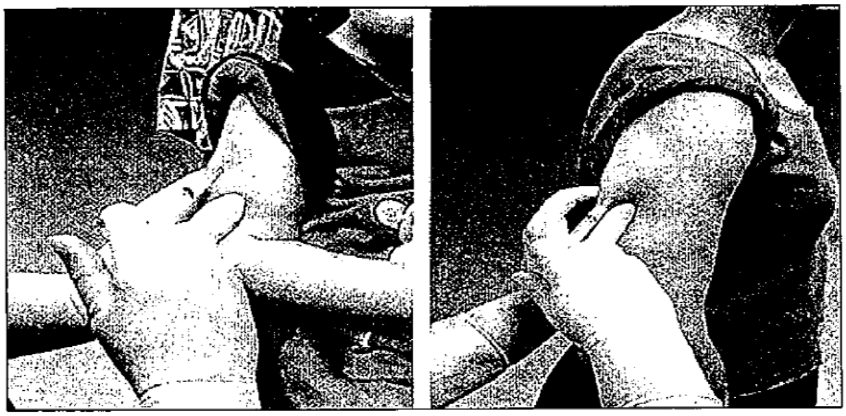
(2) การฉีดวัคซีนเข้าใต้ชั้นผิวหนัง (Subcutaneous)

เป็นการนำวัคซีนผ่านเข้าไปใน fatty tissue อยู่ใต้ชั้นผิวหนังและอยู่เหนือชั้นกล้ามเนื้อ ปกติแล้ว subcutaneous tissue พบได้ทั่วร่างกาย สำหรับเด็กเล็ก บริเวณที่นิยมให้วัคซีน คือ บริเวณหน้าขา และถ้าเป็นเด็กโตหรือผู้ใหญ่ก็จะใช้บริเวณ upper outer triceps ของแขน ก่อนฉีดเช็ดบริเวณผิวหนังด้วยแอลกอฮอล์ พื้นที่ประมาณเส้นผ่านศูนย์กลาง 2–3 นิ้ว แล้วจึงแทงเข็มเข้าไป

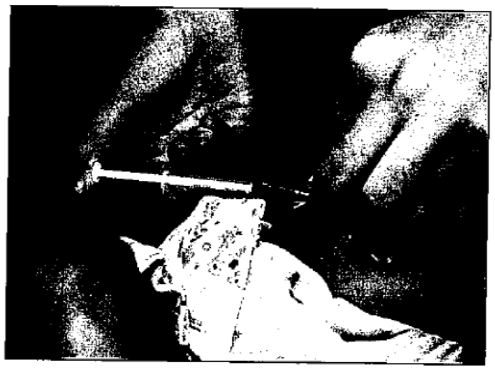
- **ขนาดเข็มและความยาวของเข็ม:** ใช้เข็มเบอร์ 26 ความยาว 1/2 นิ้ว
- **เทคนิค:** ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ดึงผิวหนังขึ้นมา จะรู้สึกได้ว่าจับในส่วนของชั้นไขมันขึ้นมา แทงเข็มทำมุม 45 องศา และดันวัคซีนเข้าไป (ซึ่งก่อนดันวัคซีนเข้าไปทุกครั้งควรตรวจสอบก่อน โดยการดึงกระบอกสูบขึ้นมา ถ้าไม่มีเลือดก็ดันวัคซีนเข้าไปได้เลย) เมื่อฉีดเสร็จให้ใช้สำลีแห้งกดเบาๆ บริเวณที่ฉีดสักครู่ หรือใช้สำลีแห้งติดพลาสเตอร์บอกผู้ปกครองว่าทิ้งไว้สักครู่ก็สามารถดึงออกได้ แสดงดังภาพที่ 6.9 - 6.11



ภาพที่ 6.9 ตำแหน่งของเข็มและความลึกของเข็มในชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous route)



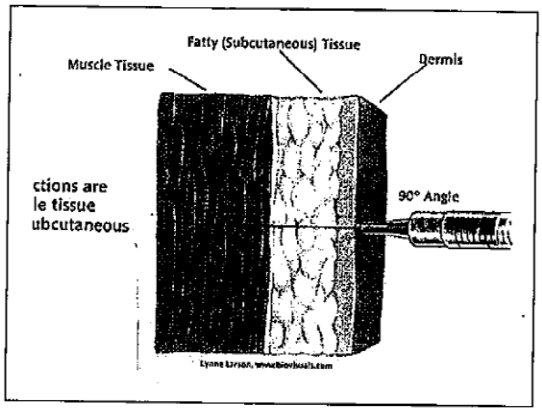
ภาพที่ 6.10 บริเวณที่ฉีดยาเข้าในชั้นใต้ผิวหนังบริเวณแขน



ภาพที่ 6.11 การฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าขา

(3) การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ (Intramuscular)

เป็นการนำวัคซีนเข้าสู่ muscle tissue ซึ่งเป็นชั้นเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนัง และ fatty tissue ดังแสดงในภาพที่ 6.12 บริเวณที่ใช้ในการฉีดวัคซีน เข้ากล้ามเนื้อ มี 2 แห่ง คือ บริเวณกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (vastus lateralis) และบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขน (deltoid)

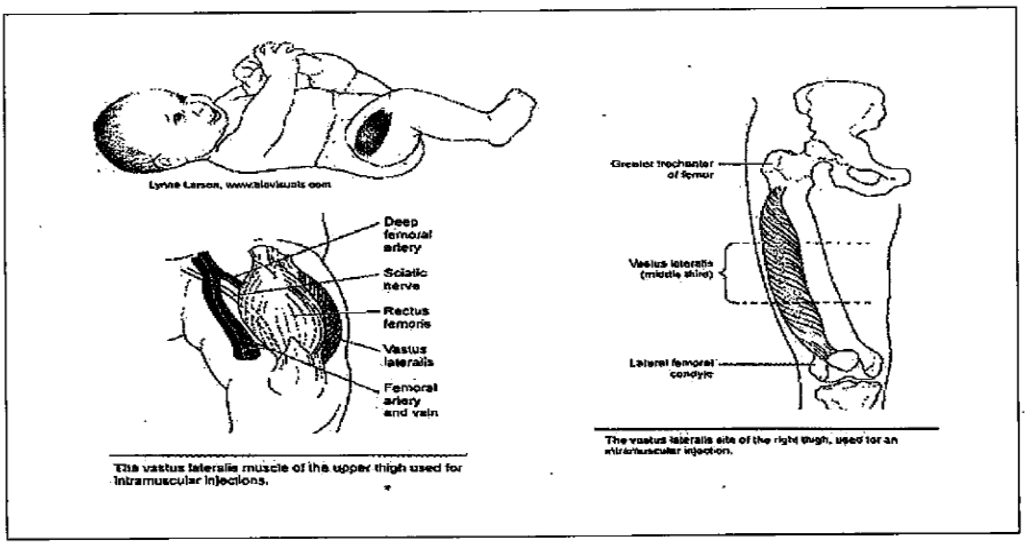


ภาพที่ 6.12 ตำแหน่งของเข็มและความลึกของเข็มในชั้นกล้ามเนื้อ (Intramuscular route)

ก. สำหรับเด็กเล็ก ตั้งแต่แรกเกิด หรือถึงก่อนเข้าวัยเรียน สามารถฉีดวัคซีนบริเวณกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (vastus lateralis) ซึ่งจะอยู่บริเวณต้นขาหน้าขาด้านนอกก่อนฉีดจะต้องทำการวัดก่อน โดยแบ่งบริเวณตั้งแต่ปุ่มกระดูกใหญ่ของกระดูกต้นขา (greater tronchanter of femur) ถึง ปุ่มกระดูกบริเวณหัวเข่า (lateral femoral condyle) เป็น 3 ส่วน ฉีดส่วนที่ 2 ดังภาพที่ 6.13 - 6.15

ข. สำหรับเด็กโตและผู้ใหญ่ การให้วัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ มักจะฉีดเข้าบริเวณกล้ามเนื้อ ต้นแขน (deltoid) ดังแสดงในภาพที่ 6.16

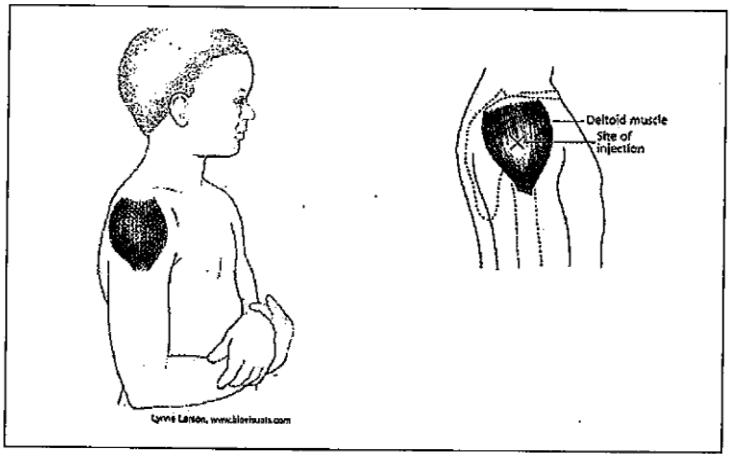
- **ขนาดเข็มและความยาวของเข็ม:** ใช้เข็มเบอร์ 25 ความยาว 1–1.5 นิ้ว ขึ้นกับความหนาของผิวหนังและชั้นไขมันของผู้รับวัคซีน
- **เทคนิค:** เช็ดแอลกอฮอล์ ใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้กดบริเวณที่ฉีดให้ตึง แทงเข็มทำมุม 90 องศา และดันวัคซีนเข้าไป (ควรทดสอบก่อนดันวัคซีนเข้าไปทุกครั้ง) การฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อต้องพิจารณาขนาดความยาวของเข็มให้แน่ใจว่าเข้าถึงชั้นกล้ามเนื้อจริงๆ ดังนั้นการพิจารณาจะขึ้นอยู่กับขนาดรูปร่างของผู้รับวัคซีน เมื่อฉีดวัคซีนเสร็จใช้สำลีแห้งกดบริเวณที่ฉีด หรือใช้พลาสเตอร์ปิดโดยกดเล็กน้อย



รูปที่ 6.13 แสดงบริเวณที่ฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ

ภาพที่ 6.14 การวัดก่อนฉีดวัคซีน ฉีดส่วนที่ 2 คือส่วนตรงกลาง

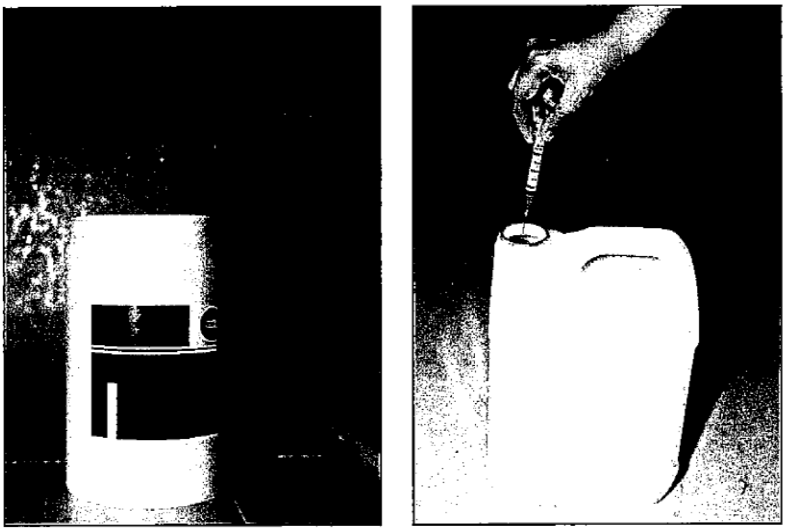
ภาพที่ 6.15 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 6.16 การฉีดวัคซีนบริเวณกล้ามเนื้อแขน (deltoid)

3. การกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว

ปกติแล้วภายหลังจากฉีดวัคซีน ผู้ให้บริการไม่ควรดึงเข็มจาก syringe เมื่อให้วัคซีนเรียบร้อยแล้ว ผู้ให้บริการควรนำ syringe ที่มีเข็มติดอยู่ ทิ้งลงในถังพลาสติกหนาที่เข็มไม่สามารถแทงทะลุได้ หรือเราเรียกว่า puncture proof containers ซึ่งสามารถนำกล่องพลาสติกหนาที่มีอยู่แล้วมาใช้ได้ นอกเหนือจาก syringe และเข็มแล้ว อุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในการฉีดวัคซีน เช่น ขวดวัคซีนที่ใช้หมดแล้ว หรือ vaccine หมดอายุ ก็ต้องจัดเป็นขยะอันตรายหรือขยะติดเชื้อเช่นเดียวกัน ดังแสดงในภาพที่ 6.17



ภาพที่ 6.17 การทิ้งเข็ม

4. การสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีน

วัคซีนเป็นส่วนประกอบของเชื้อโรคและสารเคมีที่จะเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาหรืออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ได้ การที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงนั้น ผู้ให้บริการวัคซีนต้องคัดกรองและซักประวัติตั้งแต่ก่อนที่จะให้วัคซีน ดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อ 2.1 ถึงแม้ว่าจะผ่านการคัดกรองเบื้องต้นก็ช่วยลดอันตรายหรือลดความเสี่ยงได้ส่วนหนึ่งแต่ไม่ทั้งหมด เพราะเมื่อได้รับวัคซีนแล้วอาจมีผลข้างเคียงเกิดขึ้นได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าอาการข้างเคียงที่รุนแรงมักพบได้น้อยมาก ฉะนั้นจึงต้องสังเกตอาการผู้รับบริการหลังได้รับวัคซีน อย่างน้อย 30 นาที

ปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้น จำแนกได้ 2 ประเภท ได้แก่ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งระบบ ดังนี้

1. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่

อาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการบวม แดง ร้อน คัน บริเวณที่ฉีดวัคซีน อาจมีเลือดออกซึมเล็กน้อยและหยุดในระยะเวลาอันสั้น อาการเหล่านี้จะหายไปได้เอง

การจัดการเบื้องต้น หรือคำแนะนำทั่วไป

- ไม่แนะนำให้สัมผัส กดแรง คลึง นวด หรือใช้ยาทาบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ดูแลความสะอาด สังเกตอาการว่ามีอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณที่ฉีดหรือไม่ หรือมีลักษณะผิดปกติใด ๆ เช่น มีเลือดออกมา มีตุ่มหนอง มีอาการไข้สูงมาก ให้รีบมาพบแพทย์

- หากมีอาการปวด บวม แดง ร้อนมาก สามารถประคบเย็น เพื่อลดอาการปวดได้ หรือรับประทานยาแก้ปวดลดไข้
- หากมีไข้ร่วมด้วยสามารถเช็ดตัวลดไข้ และให้ยาลดไข้โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว คือ 10 mg./น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ครั้ง

2. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งระบบชนิดไม่รุนแรงและชนิดรุนแรง

อาการและอาการแสดงชนิดไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้สูงมากกว่า 39°C ซึม เบื่ออาหาร ร้องกวน อาเจียน หรือมีผื่นขึ้นตามตัว

การจัดการและการให้คำแนะนำทั่วไป

- เช็ดตัวลดไข้ พร้อมกับให้ยาลดไข้ทันที
- ให้เด็กดื่มน้ำ ดื่มนมให้มากๆ
- สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งระบบชนิดรุนแรง ได้แก่ อาการไข้แบบ anaphylaxis เช่น หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด มีผื่นขึ้นทั้งตัว มือ เท้า หน้า ปาก บวม หรือมีอาการผิดปกติทางสมอง เช่น ซึม อ่อนแรง ภาวะรู้สติเปลี่ยนแปลง มีอาการชัก หากพบอาการผิดปกติชนิดรุนแรงให้พามาพบแพทย์โดยทันทีหรือหากพบอาการเบื้องต้นเป็นอาการและอาการแสดงชนิดไม่รุนแรง แต่เมื่อให้การดูแลแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือมีอาการทรุดลง ให้พามาโรงพยาบาลทันที

เอกสารอ้างอิง

1. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, มุกดา ตฤษณานนท์, ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ และ ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, บรรณาธิการ. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550
2. ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และ เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข, บรรณาธิการ. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. พรศักดิ์ อยู่เจริญ, บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติงาน "การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข". กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547
4. โอฬาร พรหมาลิขิต, ดุสิต สถาวร, ชิษณุ พันธุ์เจริญ, อุษา ทิสยากร และสมศักดิ์ โลห์เลขา. คู่มือวัคซีน 2008. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลส จำกัด; 2008.
5. AAP. Red Book: Report of the committee on Infectious Diseases Available from: http://www.apredbook.org.
6. CDC General recommendations on immunization. Available from: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/acip-list .htm.
7. Centers for Disease Control and Prevention. (2011). General Recommendations on Immunization Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 60 (RR-2): 1-61.
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Vaccine administration guidelines. Accessed December 2014. Available form http://www.cdc.gov/vaccines/recs/vac-admin/default.htm
9. Taddio, A, Appleton M, Bortolussi R, et al. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. Can Med Assoc J; 182 (18): E843-55.

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)

☐ ผู้ประกันตน ☐ ข้าราชการ ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ผู้รับการตรวจ ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ .....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

1. ข้อมูลครอบครัว

1.1 บิดาหรือมารดาของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย

☐ เบาหวาน (DM) ☐ ความดันโลหิตสูง (HT) ☐ โรคเกาท์ (Gout)

☐ ไตวายเรื้อรัง (CRF) ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) ☐ เส้นเลือดสมอง (Stroke)

☐ ถุงลมโป่งพอง (COPD) ☐ ไม่ทราบ ☐ อื่นๆระบุ.....

1.2 พี่น้อง (สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

☐ เบาหวาน (DM) ☐ ความดันโลหิตสูง (HT) ☐ โรคเกาท์ (Gout)

☐ ไตวายเรื้อรัง (CRF) ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) ☐ เส้นเลือดสมอง (Stroke)

☐ ถุงลมโป่งพอง (COPD) ☐ ไม่ทราบ ☐ อื่นๆระบุ.....

2. ท่านมีประวัติการเจ็บป่วย หรือต้องพบแพทย์ ด้วยโรคหรืออาการ

2.1 โรคเบาหวาน (DM)	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่เคยตรวจ
2.2 โรคความดันโลหิตสูง (HT)	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่เคยตรวจ
2.3 โรคตับ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่เคยตรวจ
2.4 โรคอัมพาต	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่เคยตรวจ
2.5 โรคหัวใจ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่เคยตรวจ
2.6 ไขมันในเลือดผิดปกติ	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ ไม่เคยตรวจ
2.7 แผลที่เท้า/ตัดขา (จากเบาหวาน)	☐ มี	☐ ไม่มี	
2.8 คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม	☐ มี	☐ ไม่มี	
2.9 ดื่มน้ำบ่อยและมาก	☐ มี	☐ ไม่มี	
2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป	☐ มี	☐ ไม่มี	

2.11 กินจุแต่ผอมลง ☐ มี ☐ ไม่มี

2.12 น้ำหนักลด / อ่อนเพลีย ☐ มี ☐ ไม่มี

2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก ☐ มี ☐ ไม่มี

2.14 คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ มี ☐ ไม่มี

2.15 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย ☐ มี ☐ ไม่มี

2.16 ชาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ ☐ มี ☐ ไม่มี

3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร

☐ รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ

☐ รับการรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ

☐ เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

☐ สูบ จำนวน .....มวน/วัน /จำนวน ..... Pack/year ชนิดของบุหรี่.....
ระยะเวลา.....ปี (ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)

☐ ไม่สูบ

☐ เคยสูบแต่เลิกแล้ว ชนิดของบุหรี่ที่เคยสูบ.....ระยะเวลา.....ปี(ตั้งแต่เริ่มสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน)

5. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

☐ ดื่ม.....ครั้ง/สัปดาห์ (ดื่มเหล้า>45 cc ต่อวัน/ ดื่มเบียร์> 240 cc ต่อวัน / ดื่มไวน์ > 120 cc ต่อวัน)

☐ ไม่ดื่ม ☐ เคยดื่มแต่เลิกแล้ว

6. ท่านออกกำลังกาย/เล่นกีฬา

☐ ออกกำลังกาย**ทุกวัน** ครั้งละ 30 นาที

☐ ออกกำลังกาย**สัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง** ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ

☐ ออกกำลังกาย**สัปดาห์ละ 3 ครั้ง** ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ

☐ ออกกำลังกาย**น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง**

☐ ไม่ออกกำลังกายเลย

7. ท่านชอบอาหารรสใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ หวาน ☐ เค็ม

☐ มัน ☐ ไม่ชอบทุกข้อ

8. การตรวจร่างกาย

Wt.....kg. Ht.....cm. BMI.....kg./m^2

BP ครั้งที่ 1 ☐☐☐/☐☐☐ BP ครั้งที่ 2 ☐☐☐/☐☐☐ mmHg.

ค่า BP เฉลี่ย ☐☐☐/☐☐☐ mmHg.

เส้นรอบเอว.....ซม. (ชายไม่เกิน 90 ซม. หญิงไม่เกิน 80 ซม.)

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด- กรณีตรวจ FBS .....mg% หรือ

สรุปผลการตรวจคัดกรองยืนยัน

☐ ไม่พบความเสี่ยง

☐ พบความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค ☐ DM ☐ HT ☐ Stroke ☐ Obesity

9.กรณีผู้รับบริการ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่าBMIมากกว่า 25 กก² ดำเนินการตรวจ Lipid profile ดังนี้

☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ

Total Cholesterol ผล.....mg/dl ○ ปกติ ○ ผิดปกติ

HDL ผล.....mg/dl ○ ปกติ ○ ผิดปกติ

การดำเนินงาน

☐ ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และตรวจคัดกรองซ้ำทุก 1 ปี

☐ ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อกลุ่มโรค Metabolic และแนะนำเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

☐ ส่งต่อเพื่อรักษา

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

การประมวลผลคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)

พฤติกรรมเสี่ยงเรื่อง ดัชนีชี้วัด เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยงเกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic

1. โรคเบาหวาน (DM) ตามตารางที่ (1)และ (2)

2. โรคความดันโลหิตสูง (HT)

1.ประวัติพ่อ-แม่ หรือ พี่-น้อง เป็น HT

2.ไขมันในเลือดผิดปกติ

3. BMI >= 25 (23 women) หรือ

เส้นรอบเอว >= 36 นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย

เส้นรอบเอว >= 32 นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง

4.ความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย) :- Systolic >= 130 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือ

Diastolic >= 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

5.สูบบุหรี่:- มีการสูบบุหรี่มากกว่า 1 มวน/วัน หรือมีการสูบบุหรี่ 20 Pack year

6.ไม่ออกกำลังกาย หรือ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

** ข้อ 1-4 พบ 1 ข้อ เสี่ยง HT

ข้อ 5-6 + ข้อ 1-4 อีก 1 ข้อ เสี่ยง HT

3. โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)

1.ประวัติพ่อ-แม่ หรือ พี่-น้อง เป็น Stroke

2.ประวัติป่วยด้วยโรคหรืออาการไขมันในเลือดผิดปกติ/ หัวใจ /อัมพาต

3.BMI >= 25 (23 women) หรือ

เส้นรอบเอว >= 36 นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย

เส้นรอบเอว >= 32 นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง

4. ความดันโลหิต :- อายุ < 40 ปี BP > 130/80

อายุ >= 40 ปี BP > 140/90

5. สูบบุหรี่:- มีการสูบบุหรี่มากกว่า 1 มวน/วัน หรือมีการสูบบุหรี่ 20 Pack year

6. ไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

7. ดื่มแอลกอฮอล์ :- มีการดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

8. การบริโภคอาหาร (หวาน/มัน/เค็ม)

** พบ 2 ข้อขึ้นไป (ต้องมี ข้อ 3)

พบ 3 ข้อขึ้นไป (กรณีไม่มีข้อ 3)

4. ภาวะอ้วนลงพุง (Obesity)

1. เส้นรอบเอว >= 36 นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย

เส้นรอบเอว >= 32 นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง

6. เกณฑ์การพิจารณาพบความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค

มีอาการ 2 ข้อ (ในข้อ 1-9) ร่วมกับ a) หรือ b) ข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

a) FBS 100-125 mg%

b) Post pandial blood sugar 140-199 mg/dl

บันทึกการประเมินคัดกรองความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน : ADL

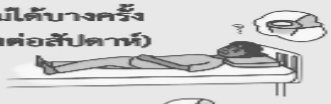
คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี) 1	2	3	4	5 .....
1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า					
0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา					
0. ต้องการความช่วยเหลือ	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี) 1	2	3	4	5 .....
3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้					
0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
3. ทำได้เอง	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
4. ใช้ห้องน้ำ					
0. ช่วยตัวเองไม่ได้	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี) 1	2	3	4	5
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
5 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี) 1	2	3	4	5
6 การสวมใส่เสื้อผ้า 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
7 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 0. ไม่สามารถทำได้	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0	☐ 0
1. ต้องการคนช่วย	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี) 1	2	3	4	5
8. การอาบน้ำ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้ 	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1	☐ 0 ☐ 1
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)  2. กลั้นได้เป็นปกติ 	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

กิจวัตรประจำวัน/คะแนนพฤติกรรม	ครั้งที่ (วัน/เดือน/ปี) 1	2	3	4	5
10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 2. กลั้นได้เป็นปกติ 	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
คะแนนรวม	.....	.....	.....	.....	.....
อยู่ในกลุ่มที่	.....	.....	.....	.....	.....

ผลการประเมิน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (12 คะแนนขึ้นไป)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5–11 คะแนน)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (0-4 คะแนน)

หมายเหตุ : ควรประเมินอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ที่มา : Barthel ADL Index ประยุกต์โดยกรมอนามัย

(ตัวอย่าง) หนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล/หนังสือนำส่ง

หนังสือเลขที่.....

ชื่อหน่วยบริการ.....
รหัสสถานพยาบาล (5 หลัก).....
ที่อยู่.....
.....
โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล/ส่ง.....
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. รายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล/ส่ง จำนวน.....แผ่น
2. ซีดีรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล จำนวน.....แผ่น
3. ..... จำนวน.....แผ่น

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

จึงเรียนมาเพื่อ..... .....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้ประสาน.....
โทรศัพท์(ที่ติดต่อได้).....โทรสาร..... .....

(ตัวอย่าง) สรุปรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล.....

ชื่อคลินิก ..... รหัสสถานพยาบาล(มี 5 หลัก) .....

ลำดับ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน (13หลัก)	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	สิทธิการรักษา	วันที่ให้บริการ	วันที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรม	รายละเอียดของกิจกรรมขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล
1	1111111111111	สุดใจ ฟ้าใส	16	UC	1/10/2017	5/10/2017	ฝากครรภ์ครั้งที่ 1
2	2222222222222	ขยัน ซื่อสัตย์	6	SSS	24/02/2018	28/02/2018	คัดกรองความเสี่ยงฯ
3	1122334455667	เขียว เหลืองอ่อน	59	OFC	16/08/2018	18/08/2018	ตรวจสุขภาพช่องปากฯ

(ตัวอย่าง) หนังสือการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ

หนังสือเลขที่.....

ชื่อหน่วยบริการ.....
รหัสสถานพยาบาล 5 หลัก.....
ที่อยู่.....
.....
โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการกิจกรรม.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. สรุปรายละเอียดการขออุทธรณ์ข้อมูลกิจกรรม ฯ จำนวน.....แผ่น
2. สำเนาหลักฐานการให้บริการ จำนวน.....แผ่น
3. ซีดีสรุปรายละเอียดการขออุทธรณ์ข้อมูล จำนวน.....แผ่น

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรด.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้ประสาน.....
โทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้).....
โทรสาร.....

(ตัวอย่าง) สรุปรายละเอียดการขออุทธรณ์ข้อมูลกิจกรรม.....

ชื่อคลินิก ..... รหัสสถานพยาบาล(มี 5 หลัก) .....

ลำดับ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน(13หลัก)	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	สิทธิการรักษา	วันที่ให้บริการ	วันที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรม	ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ซ้ำซ้อน	เบอร์โทรศัพท์ผู้รับบริการที่สามารถติดต่อได้	รายละเอียดของกิจกรรม	จำนวนเงิน (บาท)
1	1111111111111	สุดใจ ฟ้าใส	16	UC	1/10/2018	5/10/2017	รพ.....	086 086 0861	ฝากครรภ์ครั้งที่ 1	1,200
2	2222222222222	ขยัน ซื่อสัตย์	6	SSS	24/02/2018	28/02/2018	คลินิก.....	081 123 4567	คัดกรองความเสี่ยงฯ	50
3	1122334455667	เขียว เหลืองอ่อน	59	OFC	16/08/2018	18/08/2018	ศูนย์บริการฯ...	02 222 3355	ตรวจสุขภาพช่องปากฯ	100
									รวมเป็นเงิน	**1,350**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดมีการจัดบริการจริงทุกประการ และได้เก็บหลักฐานรายละเอียดการจัดบริการไว้ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตัวอย่างแบบฟอร์มดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

แบบฟอร์มการสำรวจชุมชน (Community Survey)
บันทึกกิจกรรมดำเนินการ

ทะเบียนชุมชน **เลขที่ชุมชน** .....

***ชื่อหน่วยบริการ**.....

ชื่อชุมชน .....

* ○ **ชุมชนหลัก** **ประเภทชุมชน :** ○ **ขึ้นทะเบียน** ○ **ไม่ขึ้นทะเบียน**

* ○ **ชุมชนย่อย** **ประเภทชุมชน** (ขึ้นกับชุมชนหลัก .....)
(ไม่ขึ้นกับชุมชนหลัก .....)

*** สถานที่ตั้ง :** ..... หมู่ .....
ซอย ..... แยก..... ถนน.....
* แขวง..... * เขต .....

*** ลักษณะชุมชน :**
○ ชานเมือง ○ แออัด ○ หมู่บ้านจัดสรร ○ เมือง ○เคหะชุมชน
○ อาคารสูง

รายละเอียดชุมชน

*** วันที่สำรวจ : ...../...../.....**

*** จำนวนหลังคาเรือน :** .....ครัวเรือน *** จำนวนครอบครัว :** ..... ครอบครัว *** จำนวนคน :** ..... คน

แหล่งขยะตกค้าง / ก่อปัญหา : ○ มี ○ ไม่มี
แหล่งน้ำท่วมขังในชุมชน ○ มี ○ ไม่มี
*สุนัขจรจัดในชุมชน ○ มี ○ ไม่มี

สภาพแวดล้อมในชุมชน : ○ปลอดภัย ○ ไม่ปลอดภัย
สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ :
○ ไม่มี
○ มี ☐ มลพิษทางอากาศ ☐ มลพิษทางเสียง
☐ มลพิษทางน้ำ

1. แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ

☐ 1. คลินิก ..... แห่ง
☐ 2. ร้านขายยา ..... แห่ง
☐ 3. ศูนย์สุขภาพชุมชน ..... แห่ง
☐ 4. ตู้ยาชุมชน ..... แห่ง
☐ 5.หน่วยงานราชการ ..... แห่ง
☐ 6.ศาสนสถาน ..... แห่ง
☐ 7.รร.ประถมศึกษา..... แห่ง
☐ 8.รร.มัธยมศึกษา..... แห่ง
☐ 9.สถาบันเทคโนโลยีและอาชีวศึกษา..... แห่ง
☐ 10.มหาวิทยาลัย..... แห่ง
☐ 11.โรงพยาบาล ..... แห่ง
☐ 12.ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน ..... แห่ง
☐ 13.โรงเจ ..... แห่ง
☐ 14.สถานีตำรวจ ..... แห่ง
☐ 15.สถานีดับเพลิงและกู้ภัย..... แห่ง
☐ 16.สถานฑูต ..... แห่ง
☐ 17.ศูนย์บริการสาธารณสุข ..... แห่ง
☐ 18.มูลนิธิ ..... แห่ง
☐ 19.สมาคม ..... แห่ง
☐ 20.หอกระจ่ายข่าว ..... แห่ง
☐ 21.สถานีวิทยุชุมชน ..... แห่ง
☐ 22.ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ..... แห่ง
☐ 23.ศูนย์เยาวชน/ลานกีฬา ..... แห่ง
☐ 24.ศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุ (Nursing home) ..... แห่ง
☐ 25.นวดแผนไทย/สปา ..... แห่ง
☐ 26.อื่นๆ ระบุ ..... แห่ง

2. แหล่งเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาล สังคมและสิ่งแวดล้อม

☐ 1. โรงฆ่าสัตว์ ..... แห่ง
☐ 2. ร้านแก๊ส ..... แห่ง
☐ 3. ร้านเกมส์/อินเตอร์เน็ต ..... แห่ง
☐ 4. อู่ซ่อมรถ ..... แห่ง
☐ 5. ร้านซ่อมต่างๆ ..... แห่ง
☐ 6. ปั้มแก๊ส ..... แห่ง
☐ 7. โรงงาน ..... แห่ง
☐ 8. ปั้มน้ำมัน..... แห่ง
☐ 9.สถานบันเทิง (คาราโอเกะ , ค่าเฟ่ ฯลฯ..... แห่ง
☐ 10. โกดัง..... แห่ง
☐ 11. ฟาร์มสัตว์เลี้ยง..... แห่ง

3. แหล่งพักอาศัย

☐ 1.ธุรกิจเพื่อการพักอาศัย เช่น อพาร์ทเม้นท์ , บ้านเช่า .....แห่ง
☐ 2.โรงแรม .....แห่ง

4. แหล่งชุมชน/ตลาด

☐ 1. สถาบันกวดวิชา..... แห่ง
☐ 2.ร้านวิดีโอ/เทป/ซีดี ..... แห่ง
☐ 3. ร้านเสริมสวย/ตัดเสื้อ..... แห่ง
☐ 4. ร้านซักรีด ..... แห่ง
☐ 5. ร้านอาหาร/เครื่องดื่ม..... แห่ง
☐ 6. ห้าง/ร้านทอง/ร้านเพชร ..... แห่ง
☐ 7. บริษัท ..... แห่ง
☐ 8. ธนาคาร..... แห่ง
☐ 9. ร้านสะดวกซื้อ ..... แห่ง
☐ 10. ห้างสรรพสินค้า ..... แห่ง
☐ 11.สำนักงานต่างๆ ..... แห่ง
☐ 12. ร้านหนังสือ/อุปกรณ์การศึกษา ..... แห่ง

หมายเหตุ

1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. ○ เลือกได้ 1 ข้อ 3. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

แบบฟอร์มการสำรวจข้อมูลที่พักอาศัย

รหัสประจำบ้าน (House ID).....

*ชื่อหน่วยบริการที่สำรวจ

* **วันที่สำรวจ** : ...../...../.....* **ชื่อผู้สำรวจ**:.....**ตำแหน่ง**.....

* **บ้านเลขที่** :.....ชื่อที่อยู่.....หมู่.....ซอย.....

แยก.....* ถนน.....* แขวง.....* เขต.....

* **รหัสไปรษณีย์**.....หมายเลขโทรศัพท์.....

*พิกัดบ้านLatitude/Longitude.....

รายละเอียดที่พักอาศัย

ลักษณะบ้าน
O 1.บ้านเดี่ยว O 2.ทาวน์เฮาส์/ทาวน์โฮม O 3.ห้องชุด คอนโดมิเนี่ยม
O 4.อพาทเม้นท์/แฟลต/หอพัก O 5.บ้านพักคนงาน O 6.ศาสนสถาน
O 7.อาคารพาณิชย์/ตึกแถว O 8.อื่นๆ
O 9. ไม่ทราบ

ประเภทที่อยู่อาศัย
O 1.ของตนเอง O 2.เช่า(ที่ดิน/บ้าน) O 3.ห้องแบ่งเช่า
O 4.อาศัยผู้อื่น O 5.หน่วยงานจัดให้ O 6.บ้านบุกรุก
O 7.ที่ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ O 8.ไม่ทราบ

การใช้ประโยชน์
O 1.ที่พักอาศัย O 2.สถานประกอบการ
O 3.ที่พักอาศัยและสถานประกอบการ

* จำนวนคนที่อาศัยจริง:.....คน

สถานประกอบการ (ระบุเพิ่มเติมกรณีเลือกการใช้ประโยชน์เป็นสถานประกอบการหรือที่พักอาศัยและสถานประกอบการ)

ประเภทสถานประกอบการ:
O 1. แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ ระบุ.....
O 2. แหล่งเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาล สังคมและสิ่งแวดล้อม ระบุ.....
O 3. แหล่งที่พักอาศัย ระบุ.....
O 4. แหล่งชุมชน/ตลาด ระบุ.....

ชื่อสถานประกอบการ :.....

จำนวนประชากรที่อยู่ในสถานประกอบการ.....คน ชื่อผู้ติดต่อ.....เบอร์โทร.....

เคยเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน O ไม่เกิด O เกิด ระบุ.....

โรคจากการทำงาน : O ไม่เกิด O เกิด ระบุ.....

พบบ้าน แต่สำรวจข้อมูลไม่ได้ สาเหตุ : O 1. ไม่มีผู้อยู่อาศัย O 2. บ้านปิด
O 3. ไม่ให้ความร่วมมือ

ไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจาก :
O 1. มีผู้มาปฏิบัติงานในสถานประกอบการ แบบไปกลับไม่พักค้าง เช่น คนงานในโรงงาน/บริษัท
O 2. มีผู้ที่อาศัยในอาคารอยู่ร่วมกันจำนวนมาก เช่น แฟลต คอนโดมิเนียม
O 3. พบบุคคลแต่ปฏิเสธการให้ข้อมูลสุขภาพครอบครัว

หมายเหตุ

ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล

O เลือกได้ 1 ข้อ

แบบฟอร์มการสำรวจข้อมูลสุขาภิบาลที่พักอาศัยของครอบครัว (Health Survey)

รหัสครอบครัว (Family ID).....

*** ชื่อหน่วยบริการ**

*** วันที่สำรวจ : ...../...../.....* ชื่อผู้สำรวจ:.....ตำแหน่ง.....**

*** ครอบครัวที่ :.....** *** บ้านเลขที่:.....**

*** สถานการณ์สำรวจ:** O ไม่มีผู้อยู่อาศัย O บ้านปิด O ไม่ให้ความร่วมมือ O สำรวจพบ

*** อากาศถ่ายเท**	O ดี	O ไม่ดี		*** แสงสว่างภายในบ้าน**	O เพียงพอ	O ไม่เพียงพอ		
*** ความสะอาดเป็นระเบียบ**	O ดี	O พอใช้	O ไม่ดี	*** น้ำดื่ม**	O ถูกสุขลักษณะ	O ไม่ถูกสุขลักษณะ		
*** น้ำใช้**	O สะอาด	O ไม่สะอาด		*** ขยะมูลฝอย**	O ถูกสุขลักษณะ	O ไม่ถูกสุขลักษณะ		
*** การสุขาภิบาลอาหาร**	O ถูกสุขลักษณะ	O ไม่ถูกสุขลักษณะ		*** สุขา** : O ไม่มี	O มี (ระบุ	O ถูกสุขลักษณะ	O ไม่ถูกสุขลักษณะ)	
*** น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน**	O ไม่มี	O มี (ระบุ.....)						

*** สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้อยู่อาศัย :** O ไม่มี O มี

*** สัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา** O ไม่มี

O มี ☐ หนู ☐ ยุง (☐ สำรวจ CI : O ดีมาก =0, O ดี <10, O พอใช้ >10-20, O ปรับปรุง >20)

☐ แมลงสาบ ☐ แมลงวัน ☐ งู ☐ อื่นๆ.....

*** สัตว์เลี้ยงในครอบครัว :** O ไม่มี O มี

☐ สุนัข	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../.....
	จำนวนที่ทำหมัน.....ตัว	จำนวนที่ฝังไมโครชิป.....ตัว	
☐ แมว	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../.....
	จำนวนที่ทำหมัน.....ตัว		
☐ หนู	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../.....
☐ กระต่าย	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../.....
☐ กระรอก	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../.....
☐ ลิง	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../.....
☐ นก	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	☐ ไก่	จำนวนทั้งหมด.....ตัว
☐ เป็ด	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	☐ ปลา	จำนวนทั้งหมด.....ตัว
☐ วัว	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	☐ ควาย	จำนวนทั้งหมด.....ตัว
☐ หมู	จำนวนทั้งหมด.....ตัว	☐ แพะ	จำนวนทั้งหมด.....ตัว
		☐ สัตว์เลี้ยงคลาน	จำนวนทั้งหมด.....ตัว

หมายเหตุ

1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. O เลือกได้ 1 ข้อ 3. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

แบบฟอร์มข้อมูลการสำรวจสุขภาพ (Health survey)

บันทึกกิจกรรมดำเนินการ

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัสบุคคล :..... รหัสครอบครัว (Family ID) :.....

ครั้งที่..... **วันที่เยี่ยม**..... **ผู้เยี่ยม :** .....

คำนำหน้า..... **ชื่อ-สกุล**.....

ประเภทกลุ่มเป้าหมาย : ☐ กลุ่ม 1 หญิงตั้งครรภ์ ☐ กลุ่ม 2 เด็กเล็ก 0-5 ปี ☐ กลุ่ม 3 เด็กโตและวัยรุ่น 6-24ปี ☐ กลุ่ม 4 ผู้ใหญ่ 25 ปี - 59 ปี ☐ กลุ่ม 5 ผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไป ☐ กลุ่ม 6 กลุ่มคนพิการ

กลุ่ม 1 หญิงตั้งครรภ์

ฝากครรภ์ครั้งแรก	◯ ก่อน12 สัปดาห์	◯ หลัง 12 สัปดาห์	◯ ไม่ได้ฝากครรภ์
สถานที่ฝากครรภ์	◯ คลินิกชุมชนอบอุ่น	◯ ศูนย์บริการสาธารณสุข	◯ อื่นๆ ระบุ.....
	◯ โรงพยาบาลรัฐ	◯ โรงพยาบาลเอกชน	
กำหนดคลอด	◯ ทราบ ระบุ.....	◯ ไม่ทราบ	
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	◯ มีระบุ.....	◯ ไม่มี	
ยาบำรุงที่ได้รับระหว่างฝากครรภ์	◯ มีระบุ.....	◯ ไม่มี	

หญิงหลังคลอด

วิธีคลอด	◯ ปกติ	◯ ผ่าคลอด	◯ อื่นๆระบุ.....
สถานที่ฝากครรภ์	◯ คลินิกชุมชนอบอุ่น	◯ ศูนย์บริการสาธารณสุข	◯ อื่นๆ ระบุ.....
	◯ โรงพยาบาลรัฐ	◯ โรงพยาบาลเอกชน	
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	◯ มี ระบุ.....	◯ ไม่มี	
ยาที่ได้รับหลังคลอด	◯ มี ระบุ.....	◯ ไม่มี	
การนัดตรวจหลังคลอด	◯ มี ระบุ.....	◯ ไม่มี	

กลุ่ม 2 เด็กเล็ก 0-5 ปี

ช่วงแรกเกิด - 6 สัปดาห์

น้ำหนักแรกคลอด	◯ < 2,500 กรัม	◯ 2,500 - 3,999 กรัม	◯ **≥ 4,000 กรัมขึ้นไป**
ผลการเจาะคัดกรองไทรอยด์	◯ ปกติ	◯ ผิดปกติ	◯ ไม่ทราบ
วัคซีนBCG แรกเกิดจากรพ.	◯ ได้รับ	◯ ไม่ได้รับ	◯ ไม่ทราบ
อาหารที่ได้รับ	◯ นมแม่	◯ นมผง	◯ อื่นๆระบุ.....

ช่วง >6 สัปดาห์ - 5 ปี

การรับวัคซีนตามเกณฑ์	◯ ครบ	◯ ไม่ครบ	
พัฒนาการ	◯ สมวัย	◯ ไม่สมวัย	
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	◯ ตามเกณฑ์	◯ เกินเกณฑ์	◯ ต่ำกว่าเกณฑ์
อาหารที่ได้รับ	◯ นมแม่	◯ นมแม่	◯ อาหารเสริม

กลุ่ม 3 เด็กโตและวัยรุ่น 6-24ปี

ช่วงอายุ 6-18 ปี

การรับวัคซีนตามเกณฑ์	◯ ครบ	◯ ไม่ครบ
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	◯ เสี่ยง	◯ ไม่เสี่ยง
การใช้สารเสพติด	◯ ใช้	◯ ไม่ใช้

ช่วงอายุ 19-24 ปี

คัดกรองความเสี่ยงสุขภาพ	◯ ครบ	◯ ไม่ครบ
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	◯ เสี่ยง	◯ ไม่เสี่ยง
การใช้สารเสพติด	◯ ใช้	◯ ไม่ใช้

กลุ่ม 4 ผู้ใหญ่ 25 ปี - 59 ปี

การคัดกรองความเสี่ยง/ตรวจสุขภาพประจำปี		◯ ได้รับ	◯ ไม่ได้รับ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(เฉพาะหญิง)		◯ ได้รับ	◯ ไม่ได้รับ
การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม(เฉพาะหญิง)		◯ ได้รับ	◯ ไม่ได้รับ
สถานที่ไปรับบริการ	◯ คลินิกชุมชนอบอุ่น	◯ โรงพยาบาลรัฐ	◯ อื่นๆ ระบุ.....
	◯ ศูนย์บริการสาธารณสุข	◯ โรงพยาบาลเอกชน	

กลุ่ม 5 กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ได้รับการประเมินADL		◯ ได้รับ	◯ ไม่ได้รับ
ประเภทของผู้สูงอายุ	◯ ติดสังคม (พึ่งตนเองได้)	◯ ติดบ้าน (ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)	◯ ติดเตียง (ต้องพึ่งพา)
การคัดกรองความเสี่ยง/ตราวจสุขภาพประจำปี		◯ ได้รับ	◯ ไม่ได้รับ
การตรวจสุขภาพช่องปาก		◯ ได้รับ	◯ ไม่ได้รับ

แบบฟอร์มข้อมูลการสำรวจสุขภาพ (Health survey)
บันทึกกิจกรรมดำเนินการ

ชื่อหน่วยบริการ..... รหัสบุคคล :.....	รหัสครอบครัว (Family ID) :.....
ครั้งที่..... **วันที่เยี่ยม**.....	**ผู้เยี่ยม :** .....
คำนำหน้า..... **ชื่อ-สกุล**.....	

ประเภทกลุ่มเป้าหมาย :
☐ กลุ่ม 1 หญิงตั้งครรภ์ ☐ กลุ่ม 2 เด็กเล็ก 0-5 ปี ☐ กลุ่ม 3 เด็กโตและวัยรุ่น 6-24ปี
☐ กลุ่ม 4 ผู้ใหญ่ 25 ปี - 59 ปี ☐ กลุ่ม 5 ผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไป ☐ กลุ่ม 6 กลุ่มคนพิการ

กลุ่ม 6 คนพิการ

ประเภทความพิการ
☐ ด้านการเคลื่อนไหว ☐ ด้านการได้ยิน/สื่อความหมาย ○ ด้านการมองเห็น
☐ ด้านสติปัญญา ○ ด้านการเรียนรู้ ○ ออทิสติก
☐ ด้านจิตใจหรือพฤติกรรม

การช่วยเหลือ ○ ได้รับ ○ ไม่ได้รับ

การขึ้นทะเบียนผู้พิการ ○ ได้รับ ○ ไม่ได้รับ

แหล่งให้ความช่วยเหลือ ☐ ภาครัฐ ☐ ภาคเอกชน ○ อื่นๆระบุ.....

หมายเหตุ
1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. ☐ เลือกได้ 1 ข้อ 3. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน

ชื่อหน่วยบริการ.....***รหัสสถานบริการ**.....

***รหัสบุคคล :**..... *รหัสบ้าน (HID):.....

***วันที่สำรวจ :**...../...../..... ผู้สำรวจ :.....

เลขที่บัตรประชาชน :

O 1.เลขประจำตัวประชาชน .....

เลขที่passport O 2.เลขที่ต่างด้าว/passport .....

คำนำหน้า** :.....ชื่อ-สกุล** :..... วันเดือนปีเกิด :.....*อายุ.....ปี

***เพศ** : O ชาย O หญิง น้ำหนัก :.....กก. ส่วนสูง :.....ซม. เอว.....ซม. สะโพก.....ซม. BMI =.....

***สัญชาติ** :.....**เชื้อชาติ** :.....**ศาสนา** :.....

หมู่เลือด O 1.A O 2.B O 3.AB O 4.O **หมู่เลือดRH** O 1.positive O 2.negaitive

รายชื่อในทะเบียนบ้าน O 1.มีรายชื่ออยู่จริง O 2.มีรายชื่อในเขตกทม O 3.มีรายชื่ออยู่ต่างจังหวัด
O 4.ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน(ต่างด้าว) O 5.ไม่ทราบ

รหัสบัตรประชาชนของบิดา..... รหัสบัตรประชาชนของมารดา..... รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส.....

***สถานะบุคคล:** O 1.มีชื่ออยู่ทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง
O 2.มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง
O 3.มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
O 4.ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามารับบริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ
O 5.มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบเช่นคนเร่ร่อน ไม่มีที่พักอาศัย เป็นต้น

สถานภาพสมรส O 1.โสด O 2.คู่ O 3.หม้าย O 4.หย่า O 5.แยกกัน O 6.สมณะ

การศึกษา : O 1.ไม่ได้รับการศึกษา O 2.ก่อนประถมศึกษา O 3.ประถมศึกษา O 4.มัธยมศึกษาตอนต้น O 5.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
O 6.อนุปริญญา/ปวส. O 7.ปริญญาตรี O 8.ปริญญาโท O 9.ปริญญาเอก

อาชีพ O 1.ว่างงาน O 2.กำลังศึกษา O 3.แม่บ้าน/พ่อบ้าน O 4.รับจ้าง O 5.ค้าขาย O 6.รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
O 7.รัฐวิสาหกิจ O 8.ธุรกิจส่วนตัว O 9.เกษตรกร O 10.ลูกจ้าง O 11.ไม่ทราบ

สถานะในชุมชน O 1.กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน O 2.อสม./อสส. O 3.แพทย์ประจำตำบล O 4.สมาชิกอบต. O 5.อื่นๆ
O 6.กรรมการชุมชน O 7.สก/สข O 8.ผู้ดูแลผู้ป่วย/อสค.

สิทธิการรักษา :..... O ในเขต O นอกเขต

สถานะในครอบครัว O 1.เจ้าบ้าน O 2.ผู้อาศัย

วันที่ย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่ ป/ด/ว .....

ตรวจสุขภาพ : O ตรวจ O ไม่ตรวจ ตรวจสุขภาพในช่องปาก : O ตรวจ O ไม่ตรวจ

การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย :
O 1.ซื้อยามารับประทานเอง O 2.รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
O 3.รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข O 4.รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา
O 5.คลินิกเอกชน O 6.โรงพยาบาลของรัฐ
O 7.โรงพยาบาลเอกชน O 8.ปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รักษา
O 9.ไม่ทราบ O 10.รักษาแพทย์ทางเลือก

แพ้ยา : O ปฏิเสธการแพ้ยา O ไม่ทราบ
O แพ้ยา ระบุชื่อยา/อาการ.....

แพ้อาหาร : O ไม่แพ้ O แพ้ ระบุชนิด/อาการ.....

ประเมินภาวะสุขภาพ ☐ พฤติกรรมเสี่ยง:
☐ สูบบุหรี่ ☐ การใช้ยาไม่ถูกต้อง
☐ ดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปาก
☐ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ☐ ไม่ตรวจสุขภาพ
☐ ใช้สารเสพติด ยาบ้า เฮโรอีน ฝิ่น สารระเหย ฯลฯ ☐ เสี่ยงทางเพศ
☐ ไม่มีการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ☐ เสี่ยงทางอื่นๆ
☐ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ☐ ไม่ออกกำลังกาย/<3 วันต่อสัปดาห์
☐ BMI เกิน อ้วน ผอม ☐ เครียด
☐ โรคทางพันธุกรรม โปรดระบุ.....

สรุปภาวะสุขภาพ : O ปกติ O เสี่ยง O ป่วย

ข้อมูลโรค

โรคไม่ติดต่อ ชื่อโรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่.....
ชื่อโรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่.....

โรคติดต่อ (เฝ้าระวัง) ชื่อโรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่.....
ชื่อโรค.....วันที่ป่วย.....รักษาที่.....

สถานะ/ สาเหตุการจำหน่าย O ตาย O ย้าย O สาบสูญ O ไม่จำหน่าย

วันที่จำหน่าย ป/ด/ว .....

หมายเหตุ 1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. O เลือกได้ 1 ข้อ 3. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

แบบฟอร์มข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home visit)
บันทึกกิจกรรมดำเนินการ

***รหัสสถานพยาบาล** ..... ***ชื่อหน่วยบริการ** .....
***เลขที่บัตรประชาชน**..... **รหัสครอบครัว (Family ID) :**.....
กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเยี่ยม..... **ชื่อ-สกุล**.....
ครั้งที่..... ***วันที่เยี่ยม**..... ***ผู้เยี่ยม/ตำแหน่ง** .....

การตรวจร่างกาย

อุณหภูมิ : .....องศา ชีพจร :.....ครั้ง/นาที การหายใจ :.....ครั้ง/นาที
น้ำหนัก :.....กก. ส่วนสูง:.....ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI):.....
รอบเอว :.....ซม. รอบสะโพก :.....ซม. DTX :.....mg.% ความดันโลหิต :...../.....mmHg.

***กิจกรรมพยาบาล**

- ☐ คัดกรองภาวะสุขภาพ
- ☐ คัดกรองทางจิต
- ☐ ให้คำแนะนำความรู้ทางด้านสุขภาพ
- ☐ ประเมินพัฒนาการ
- ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย
- ☐ สอนสาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ
- ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ☐ ตรวจร่างกาย
- ☐ เช็ดตัวเพื่อลดไข้
- ☐ เช็ดตา/หยอดตา
- ☐ ให้ยาตามแผนการรักษา/การรักษาเบื้องต้น
- ☐ ดูแลรักษาอนามัยช่องปาก
- ☐ คลำมดลูก/ตรวจแผลฝีเย็บ
- ☐ ตรวจเต้านม
- ☐ ปฐมพยาบาล
- ☐ เจาะเลือด
- ☐ ฉีดยา
- ☐ เก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ (specimen)
- ☐ ตรวจแผลผ่าตัด

หมายเหตุ
1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

F11

NMC10

แผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Care plan)

ชื่อผู้ป่วย.....เลขที่ HHC.....

วัน / เดือน / ปี ที่เยี่ยม	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย (Outcome Criteria) เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)	ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation : Nursing Outcome)	ผู้เยี่ยม

F11

NMC10

แผนการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Care plan) ใบต่อ

ชื่อผู้ป่วย.....เลขที่ HHC.....

วัน / เดือน / ปี ที่เยี่ยม	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Phenomena) ข้อมูลสนับสนุน	จุดมุ่งหมาย (Outcome Criteria) เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล (Nursing Intervention)	ประเมินผลการพยาบาล (Evaluation : Nursing Outcome)	ผู้เยี่ยม

แบบฟอร์มแจ้งผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ชื่อ – สกุล .....**อายุ**.....**ปี**

Dx.....

อุปกรณ์ทางการแพทย์

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ...☐ NG tube

☐ Foley'cath ☐ ระบุ.....

ผลการติดตาม ☐ พบ

☐ ไม่พบ เนื่องจาก....☐ ระหว่าง Admit ☐ ย้ายที่อยู่

☐ Death ☐ อื่นๆ ระบุ.....

V/S : BT.....c RR.....ครั้ง/นาที PR.....ครั้ง/นาที

BW.....kg. สูง.....cm. BMI.....kg/m^2

รอบเอว.....cm. รอบสะโพก.....cm.

DTX.....mg% BP.....mm.Hg.

ปัญหาสุขภาพต่อเนื่อง	ปัญหาสุขภาพที่พบใหม่

สหวิชาชีพร่วมทีม ☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ Pt. ☐ ญาติ

☐ นักกายภาพบำบัด ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐นักสังคมฯ

☐ อสส. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

นัดครั้งต่อไป ☐ ไม่นัด ☐ นัด ว/ด/ป.....

กิจกรรมการพยาบาล

H.N.....
HHC.....

☐ วัดสัญญาณชีพ ☐ ทำแผล

☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI ☐ ดูแลการใช้ยา

☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก ☐ ให้คำปรึกษา

☐ คัดกรองสุขภาพ ☐ ติดตามการไปรักษา

☐ คัดกรองสุขภาพจิต ☐ ดูแลอุปกรณ์

☐ ST-๕ ผล..... การแพทย์ ระบุ....

☐ ๒Q ผล..... ☐ NG Tube

☐ ๙Q ผล..... ☐ Foley Cath

☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก ☐ TT Tube

☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) ☐ ระบุ.....

☐ เช็ดตา / หยอดตา ☐ ระบุ.....

☐ ดูแลช่องปาก ☐ เช็ดตัวลดไข้

☐ กายภาพบำบัด โดย.....

☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ☐สอน สาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ

☐ ให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ

บันทึกอื่นๆ.....

.....

.....

(.....)

ว/ด/ป ที่บันทึก.....

แบบฟอร์มแจ้งผลการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ชื่อ – สกุล .....**อายุ**.....**ปี**

Dx.....

อุปกรณ์ทางการแพทย์

☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ...☐ NG tube

☐ Foley'cath ☐ ระบุ.....

ผลการติดตาม

☐ พบ

☐ ไม่พบ เนื่องจาก....☐ ระหว่าง Admit ☐ ย้ายที่อยู่

☐ Death ☐ อื่นๆ ระบุ.....

V/S : BT.....c RR.....ครั้ง/นาที PR.....ครั้ง/นาที

BW.....kg. สูง.....cm. BMI.....kg/m^2

รอบเอว.....cm. รอบสะโพก.....cm.

DTX.....mg% BP.....mm.Hg.

ปัญหาสุขภาพต่อเนื่อง	ปัญหาสุขภาพที่พบใหม่

สหวิชาชีพร่วมทีม ☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ Pt. ☐ ญาติ

☐ นักกายภาพบำบัด ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐นักสังคมฯ

☐ อสส. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

นัดครั้งต่อไป ☐ ไม่นัด ☐ นัด ว/ด/ป.....

กิจกรรมการพยาบาล

H.N.....
HHC.....

☐ วัดสัญญาณชีพ ☐ ทำแผล

☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI ☐ ดูแลการใช้ยา

☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก ☐ ให้คำปรึกษา

☐ คัดกรองสุขภาพ ☐ ติดตามการไปรักษา

☐ คัดกรองสุขภาพจิต ☐ ดูแลอุปกรณ์

☐ ST-๕ ผล..... การแพทย์ ระบุ....

☐ ๒Q ผล..... ☐ NG Tube

☐ ๙Q ผล..... ☐ Foley Cath

☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก ☐ TT Tube

☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) ☐ ระบุ.....

☐ เช็ดตา / หยอดตา ☐ ระบุ.....

☐ ดูแลช่องปาก ☐ เช็ดตัวลดไข้

☐ กายภาพบำบัด โดย.....

☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ☐สอน สาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ

☐ ให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ

บันทึกอื่นๆ.....

.....

.....

(.....)

ว/ด/ป ที่บันทึก.....

แผนที่

กำหนดการส่งข้อมูล PP Itemized / Home Health Care / ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ปีงบประมาณ 2561

งวด	วันตัดข้อมูล	วันออก Statement	วันที่โอนเงิน
ตุลาคม 2560	30 พย.60	1 ธค.60	ไม่เกินวันที่ 31 ธค.60
พฤศจิกายน 2560	30 พย.60	1 ธค.60	ไม่เกินวันที่ 31 ธค.60
ธันวาคม 2560	31 ธค.60	1 มค.61	ไม่เกินวันที่ 31 มค.61
มกราคม 2561	31 มค.61	1 กพ.61	ไม่เกินวันที่ 28 กพ.61
กุมภาพันธ์ 2561	28 กพ.61	1 มีค.61	ไม่เกินวันที่ 31 มีค.61
มีนาคม 2561	31 มีค.61	1 เมย.61	ไม่เกินวันที่ 30 เมย.61
เมษายน 2561	30 เมย.61	1 พค.61	ไม่เกินวันที่ 31 พค.61
พฤษภาคม 2561	31 พค.61	1 มิย.61	ไม่เกินวันที่ 30 มิย.61
มิถุนายน 2561	30 มิย.61	1 กค.61	ไม่เกินวันที่ 31 กค.61
กรกฎาคม 2561	31 กค.61	1 สค.61	ไม่เกินวันที่ 31 สค.61
สิงหาคม 2561	31 สค.61	1 กย.61	ไม่เกินวันที่ 30 กย.61
กันยายน 2561	30 กย.61	1 ตค.61	ไม่เกินวันที่ 31 ตค.61

หมายเหตุ : หน่วยบริการ/สถานบริการสามารถส่งข้อมูลการให้บริการปีงบประมาณ 2561 ได้ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2561

การใชงานระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตาม
งานสร้างเสริมสุขภาพและปองกันโรค ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (MIS PP)

MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM FOR PROMOTION AND PREVENTION

วัตถุประสงค

1.กำกับติดตามผลการใหบริการงานสรางเสริมสุขภาพและปองกันโรคของหนวยตนเองใหเป็นไปตามเปาหมาย

2. หนวยบริการ/สถานพยาบาล นำผลเพื่อไปวิเคราะหเพื่อการวางแผนและพัฒนางานสรางเสริมสุขภาพและปองกันโรคใหครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กลุมเปาหมายผูใชงาน

- หนวยบริการ / สถานพยาบาล
- สำนักอนามัย
- ผูบริหารและเจาหนาที่สปสช.กทม.

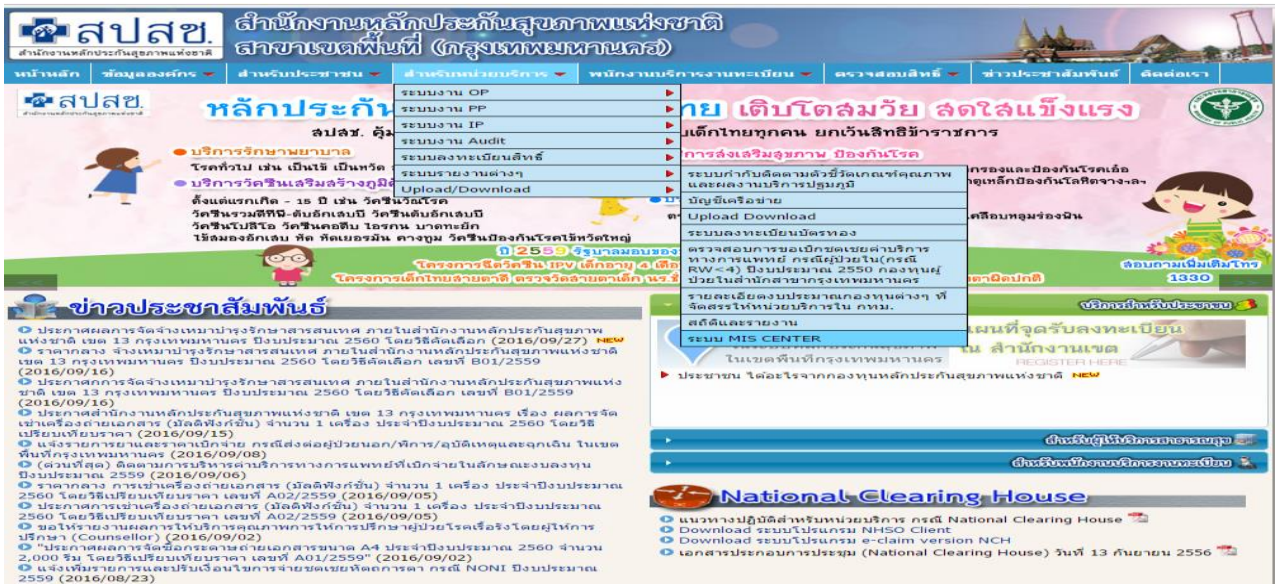
ขอบเขตของระบบ

1. ระบบสามารถแสดงจำนวน และรอยละขอมูลการใหบริการงานสรางเสริมสุขภาพและปองกันโรค ของหนวยบริการ ตามเงื่อนไขในรูปแบบแผนภูมิ Pie Diagram และ Bar Chart
2. ระบบสามารถคนหาขอมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เชน
   - ปงบประมาณ
   - ไตรมาส
   - อายุผูรับบริการ
   - เดือนที่รับบริการ
   - เดือนที่บันทึกขอมูล
   - อื่นๆ เชน การขอเบิกและไมขอเบิก

แนะนำการวิธีการเขาใชงานระบบผานเว็บไซต

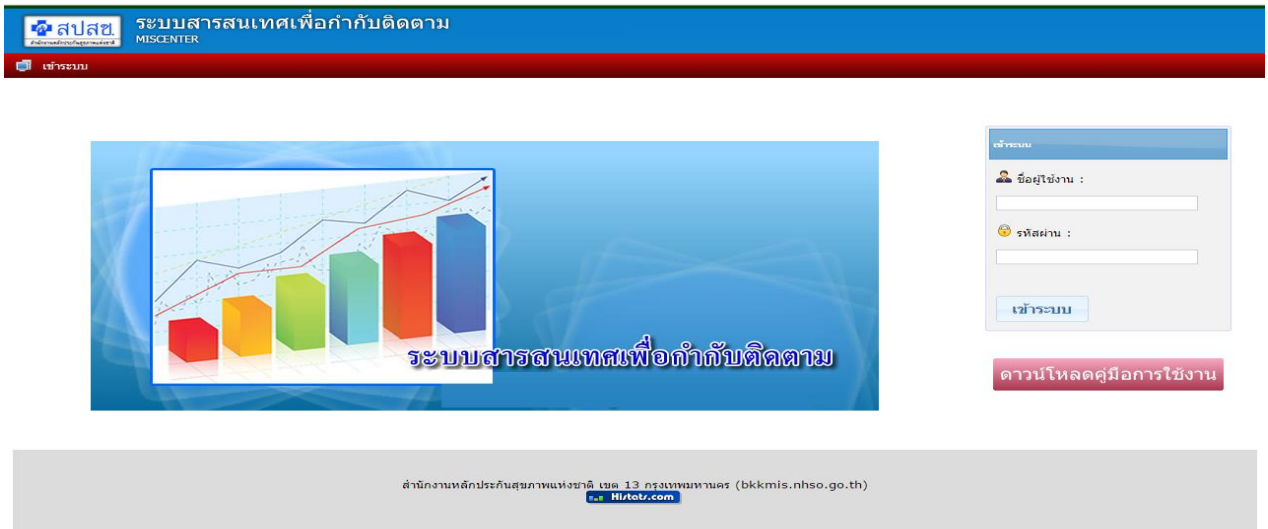
การใชงานระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตามงานสรางเสริมสุขภาพและปองกันโรค ใหทำการเชื่อมตออินเตอรเน็ตหลังจากนั้นใหทำการเปดเบราวเซอร **(แนะนำใหใช Mozilla Firefox, Google Chrome)**

เขาไปที่ http://bkkmis.nhso.go.th/mispp/ หรือ http://bkk.nhso.go.th/ -> สำหรับหนวยบริการ -> ระบบรายงานตาง ๆ -> ระบบ MIS CENTER จะปรากฏหนาจอระบบรายงานตาง ๆ -> ระบบ MIS CENTER จะปรากฏหนาจอ



การเข้าระบบ

หลังจากเข้าสู่ระบบ MISPP ผ่านหน้าเว็บไซต์ http://bkkmis.nhso.go.th/mispp/ เมื่อกรอก Username และ Password ถูกต้อง จะปรากฏหน้าจอ **ดังรูป**



หมายเหตุ 1. ใช้ Username Password เดียวกันกับที่ใช้กับระบบ BPPDS

2.สามารถ *Download* คู่มือการใช้งานได้ที่ *Programs* MIS PP

ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

1. เงื่อนไขการให้บริการ

- **งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ**

  คุณรุ่งระวี สุขแสงศรี โทรศัพท์ 02-142-0935
  คุณสุนิษา แสงสมสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-142-0935

- **งานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนการบริการแบบคงที่ งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และงานให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

  คุณรุ่งระวี สุขแสงศรี โทรศัพท์ 02-142-0935
  คุณสุนิษา แสงสมสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-142-0935

- **งานทันตกรรมส่งเสริมและป้องกัน และงานอนามัยโรงเรียน**

  คุณอภิวรรณ พลอยฉาย โทรศัพท์ 02-142-1010
  คุณเกรียงศักดิ์ เหลืองอร่าม โทรศัพท์ 02-142-0971

- **งานสนับสนุนและเบิกจ่ายวัคซีน**

  ภก.รณัย สายรักษ์ โทรศัพท์ 02-142-0956

- **งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (P&P นอก)**

  คุณอภิวรรณ พลอยฉาย โทรศัพท์ 02-142-1010
  คุณสุนิษา แสงสมสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-142-0935

- **ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลสุขภาพที่บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ โปรแกรม HHC referและการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูและสุขภาพนอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร**

  คุณสุนิษา แสงสมสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-142-0935

- **งานทีมหมอครอบครัวและคลินิกหมอครอบครัว (FCT และ PCC)**

  คุณประกายดาว หมั่นดี โทรศัพท์ 02-142-0967
  คุณอรนิษา กล้าจงยิ่ง โทรศัพท์ 02-142-0968

2. ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าชดเชย และการโอนเงิน

- **การจ่ายเงิน PP Itemize**

คุณเฉลิมขวัญ จันทร์ทรง โทรศัพท์ 02-142-1007

- **การจ่ายเงินทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน และการจ่ายเงิน Home Health Care (สำหรับหน่วยที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน HHC)**

คุณสุรีย์รัตน์ หอมหวล โทรศัพท์ 02-142-0958

3. โปรแกรมการบันทึกข้อมูล และ การประมวลผลข้อมูลการให้บริการ

- **โปรแกรม BPPDS , โปรแกรม HHCrefer , โปรแกรม ชมรม เพื่อสุขภาพ**

คุณกรกมล ประกิตชัยวัฒนา โทรศัพท์ 02-142-0970
คุณชยุต บุญมีพิธาน โทรศัพท์ 02-142-1024

- **การขอ Username / Password เพื่อเข้าใช้งานโปรแกรมต่างๆ**

คุณสุนทร แสนยุติธรรม โทรศัพท์ 02-142-1020
คุณพรเทพ มูลานนท์ โทรศัพท์ 02-142-1021

4. สอบถามงานกฎหมาย (การทำธุรกรรมสัญญา)

คุณอาทร เกสร โทรศัพท์ 02-142-0976

<u>ที่อยู่ในการส่งเอกสาร</u>

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ (งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

120 ม. 3 อาคารบี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ฯ ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง
เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

10210

โทรศัพท์ 02-142-1000 โทรสาร 02-143-8772-3