

คำนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน ซึ่งต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อจะลดอัตราการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และอัตราป่วยตายที่ยังไม่ถึงวัยอันสมควร ขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ ภาระการดูแลเมื่อเจ็บป่วยย่อมสูงขึ้น ทั้งการใช้งบประมาณดูแลสุขภาพของภาครัฐ และค่าใช้จ่ายของครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น

ผู้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพ ต้องร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชนให้เกิดกลไก การสร้างพลังให้ประชาชนตระหนักรู้ และมีความรับผิดชอบในหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประจำปีงบประมาณปี 2563 ขึ้น โดยข้อเสนอของคณะทำงานพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้ความเห็นชอบของคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรม และการเบิกชดเชยจากงบประมาณ ให้เกิดประโยชน์และความคุ้มค่าแก่ประชาชนที่พักอาศัยในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สำนักงานฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลให้บรรลุเป้าประสงค์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ

สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร

1 ตุลาคม 2562

สารบัญ

หน้า

กรอบการบริหารงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563

แนวคิดการบริหารงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 1

กรอบการบริหารงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พื้นที่กรุงเทพมหานคร 1

การชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามสิทธิประโยชน์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนการบริการแบบคงที่

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3

การให้การปรึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ให้การปรึกษา(Counselor) 3

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ (P&P Itemized)

การจัดสรรเพื่อชดเชยบริการ ฯ สำหรับหน่วยบริการประจำในอัตราแบบขั้นบันได (Step ladder) 5

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ (P&P Itemized)

กิจกรรมบริการ เงื่อนไขและอัตราชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 7

แนวทางการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Itemized) 11

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 11

1.การฝากครรภ์ (ANC)

1.1 การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนการฝากครรภ์ 11

1.2 การฝากครรภ์ครั้งแรก 11

1.3 การฝากครรภ์ครั้งต่อไปของผู้รับบริการ 12

1.4 การตรวจ Glucose challenge test (GCT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 13

1.5 การตรวจ Oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 14

1.6 การตรวจยืนยันน้ำตาลซีซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติและสามี 14

1.7 การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม 16

1.8 การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์ 16

1.9 การยุติการตั้งครรภ์ 16

2. การตรวจหลังคลอด

2.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1 17

2.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2 17

2.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3 17

3. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด 18

4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน	
4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด - 14 ปี	19
4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่	20
4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	20
5. การตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	
5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปี DSPM	21
5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วย TIDA4I	22
5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก	22
6. การคัดกรองภาวะซีด	23
7. บริการอนามัยเจริญพันธุ์	
7.1 วางแผนครอบครัว	24
7.1.1 การคุมกำเนิดชั่วคราว	24
7.1.2 การคุมกำเนิดถาวร	24
7.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ : ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	25
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี	
8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข	25
8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear	25
8.3 ตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope และ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy / LEEP)	26
8.4 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษ	27
9. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)	28
10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease)	29
11. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง	30
12. บริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ	31
13. การตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	32
14. การให้สุศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ	33
15. ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา	33
16. ตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในกลุ่มผู้ขับขีรถสาธารณะ	35
17. ตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 4	36
แนวทางการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก	
ตารางกิจกรรมและอัตราชดเชยค่าบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกรายกิจกรรม	38

แนวทางการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่จ่ายตามแผนงาน/โครงการ

กิจกรรมเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์	41
--	----

แนวทางการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. ขดเชยเพิ่มเติมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง	42
2. ขดเชยการบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	42
3. จ่ายเพิ่มเติมกรณีหน่วยบริการมีผลงานการให้บริการ PP นอกแบบมีพื้นที่รับผิดชอบเกินเป้าหมาย	43
4. ขดเชยบริการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	43
5. ขดเชยบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นอกเวลาราชการ	44
6. ขดเชยบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด	45
7. การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	45
8. จัดบริการกิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันกระดูกหักในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง	46

วิธีปฏิบัติในการขดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การให้บริการและบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ	47
การประมวลผลข้อมูลและจ่ายขดเชยค่าบริการของสำนักงานฯ	47
แนวทางการส่งข้อมูลเพื่อเบิกขดเชย กรณีมีการให้บริการซ้ำซ้อน	47
การตรวจสอบขดเชยค่าบริการ	48
ระยะเวลาการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ (อุทธรณ์เป็นเอกสาร)	48
กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่หน่วยบริการต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมจัดบริการ	48

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ	50
วัตถุประสงค์	50
กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ	51
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (P&Pนอก) แบบมีพื้นที่รับผิดชอบ	51
แนวทางและการขดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (P&P นอก)	52
แบบมีพื้นที่รับผิดชอบในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster :PCC)	52
การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care	54
คุณสมบัติของหน่วยบริการ ที่ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)	55
แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม	57

ภาคผนวก

หน้า

ภาคผนวก

- ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และหนังสือคู่มือ DSPM	66
- ตัวอย่างแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	67
- แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก	69
- เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic	72
- แบบประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ	73
- แบบบันทึกการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน : ADL	79
- แบบประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนด้วย Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA)	75
- แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Modified IQ code)	76
- แบบทดสอบ TMSE TMSE (Thai Mental state Examination)	77
- แบบประเมินโภชนาการ	78
- ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม	79
- ตัวอย่างหนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล/หนังสือนำส่ง	80
- ตัวอย่างสรุปรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล	81
- ตัวอย่างหนังสือการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ	82
- ตัวอย่างสรุปรายละเอียดการขออุทธรณ์ข้อมูลกิจกรรม	83
- ตัวอย่างแบบฟอร์มดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ	84
- กำหนดการส่งข้อมูล PP Itemized/Home Health Care/ทันตกรรม ปีงบประมาณ 2563	95
- การใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตามงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	96
- ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	101
- ที่อยู่ในการส่งเอกสาร	102

กรอบการบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

พื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563



อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2563 ส่วนที่ 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวคิดการบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

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

กรอบการบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พื้นที่กรุงเทพมหานคร



การชดเชยบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามสิทธิประโยชน์

เกณฑ์การจ่ายงวดที่ 3

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเสี่ยง โดยมีข้อกำหนด ดังนี้ **

- 1) รับบริการผู้ป่วยนอกต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2562 – 31 สิงหาคม 2563
- 2) มีจำนวนผู้ป่วยอย่างน้อยร้อยละ 40 หรือ 24 คน/ปี (เทียบ 60 คน/ครั้ง/เดือน)

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- 1) กลุ่มเป้าหมาย ** มีผลตรวจร่างกาย/ผลทางห้องปฏิบัติการ หลังให้คำปรึกษา ครั้งที่ 5 ดีขึ้น (ค่าลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติเทียบก่อนให้คำปรึกษา (ครั้งที่ 1) อย่างน้อยร้อยละ 25 หรือ 6 คน/ปี)
- 2) ให้คำปรึกษาสอดคล้องกับปัญหาที่พบ โดยวัดผลการดำเนินงานจากการตรวจร่างกาย/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในแต่ละครั้งมีแนวโน้มดีขึ้น และต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหา อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่

- ค่า BMI ลดลง หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ค่าความดันโลหิต ลดลง หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ค่าน้ำตาล FBS/DTX ลดลง หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ค่า HbA1C ลดลง หรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ

- หมายเหตุ**
- 1) กรณีผลงานครบปีงบประมาณไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด สำนักงานฯ พิจารณาเบิกจ่ายตามผลงานการให้บริการจริงโดยชดเชยค่าบริการ 150 บาทต่อครั้ง
 - 2) การจ่าย งวด 3 กลุ่มเป้าหมายและผลงานต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น
 - 3) หากสำนักงานฯ หรือผู้ที่สำนักงานฯ มอบหมายตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยบริการประจำปี หรือ สุ่มตรวจสอบการจัดบริการ แล้วพบว่าหน่วยบริการ ขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือไม่พบหลักฐานการให้บริการตามที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรม สำนักงานฯ มีสิทธิพิจารณาเรียกเงินคืนในส่วนที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานฯ กำหนด

❖ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ (P&P Itemized)

มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อชดเชยบริการ ดังนี้

1) จัดสรรเพื่อชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สำนักงานฯ กำหนด สำหรับหน่วยบริการประจำในอัตราแบบขั้นบันได (Step ladder) โดยคำนวณขั้นอัตราชดเชยที่หน่วยบริการได้รับตามผลงานการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุดสิทธิประโยชน์ทุกกิจกรรมบริการ: P&P Itemized ทันตรกรรมส่งเสริมป้องกัน HHC ของแต่ละหน่วยบริการ ในปีงบประมาณ 2562

อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณให้กับหน่วยบริการ แบบขั้นบันได (Step ladder)

ขั้นที่	Percentile	อัตราการจัดสรร(บาท/ปี)	งวดที่ 1 ร้อยละ 60	งวดที่ 2 ร้อยละ 40
1	>0-25	200,000	120,000	80,000
2	>25-50	400,000	240,000	160,000
3	>50-60	500,000	300,000	200,000
4	>60-70	600,000	360,000	240,000
5	>70-80	700,000	420,000	280,000
6	>80-90	1,000,000	600,000	400,000
7	>90	1,500,000	900,000	600,000

จัดสรรงบประมาณเพื่อชดเชยบริการแบบขั้นบันได (Step ladder) แบ่งจ่ายเป็น 2 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 60 เดือนตุลาคม 2562

งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 40 เมื่อหน่วยบริการมีผลงานบริการคิดเป็นจำนวนเงินครบ 60% ของผลงานปีงบประมาณ 2562

และจ่ายชดเชยตามรายการผลงานบริการ เมื่อหน่วยบริการมีผลงานบริการคิดเป็นจำนวนเงินมากกว่า 100%

2) จ่ายชดเชยตามรายการผลงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกิจกรรมบริการและอัตราที่สำนักงานฯ กำหนด สำหรับหน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยบริการร่วมให้บริการ และหน่วยบริการประจำที่มีผลงานปีงบประมาณ 2562 ไม่ถึง Step Ladder ขั้นที่ 1

แนวทางการให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

❖ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ (P&P Itemized)

กิจกรรมบริการ เฝื่อนไขและอัตราชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ
1. การฝากครรภ์ (ANC)			
1.1 การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนการตั้งครรภ์	ครั้งละ	70	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
1.2 การฝากครรภ์ครั้งแรก เหมาะจ่าย	ครั้งละ	1,200	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
1.3 การฝากครรภ์ครั้งต่อไป เหมาะจ่าย		400	ตามการฝากครรภ์จริง
1.4 การตรวจ Glucose challenge test (GCT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	ครั้งละ	70	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
1.5 การตรวจ Oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน		200	
1.6 การยืนยันฮาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส - OF หรือ MCV (สามี) - DCIP หรือ E-screening (สามี) - Hb typing - Alpha thalassemia 1 - Beta thalassemia - PND ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอดในคู่สมรสเสี่ยง	ครั้งละ	50 70 270 800 3,000 2,500	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
1.7 การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม - การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG ,Unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP) inhibin-A) - การตรวจโครโมโซม ด้วยวิธี Karyotyping - การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธี Amniocentesis	ราย	1,200 2,500 2,500	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
1.8 ตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ ในหญิงตั้งครรภ์	ครั้ง	400	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
1.9 การยุติการตั้งครรภ์	ราย	3,000	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
2. การตรวจสอบสุขภาพหลังคลอด			
2.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1	ครั้ง	150	1 ครั้งต่อการคลอด
2.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2		150	
2.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3 (ครั้งที่ 3 รวมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก / ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก ไอโอดีน)		500	
3. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด - ค่าเจาะเลือดและส่งตรวจ สำหรับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ เจาะเลือดส่งตรวจเพื่อคัดกรองและตรวจยืนยัน - ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน - ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและ เพ็นนิลคีโตเนยูเรีย - ค่าตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	ครั้ง	20 124 235 250	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคน 1 ครั้งต่อคน
4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนตามแผนการสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข 4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด-14 ปี 4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่ 4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคใช้หัวใจใหญ่ตามฤดูกาล	Dose	20	ตามการให้บริการจริง

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ
5. การตรวจคัดกรอง การประเมินพัฒนาการและการกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการ 5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี(Well Baby)อายุแรกเกิด - 5 ปี ด้วยเครื่องมือ Developmental Surveillance and Promotion Manual:DSPM หรือเครื่องมือเทียบเท่า (กรณีผลเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ประเมินพัฒนาการซ้ำอีก 1 ครั้ง ด้วยคู่มือเดิมภายใน 14-30วัน)	ครั้ง	100	ไม่เกิน 5 ครั้งในขวบปีแรกและไม่เกินปีละ 1 ครั้งในช่วงอายุ 1-5 ปี
5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหา พัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า	ครั้ง	150	ตามการให้บริการจริงสำหรับเด็กที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ
5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็ก ที่มีปัญหา พัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และ การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก	ครั้ง	150	ตามการให้บริการจริง
6. การคัดกรองภาวะซีด - ค่าตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) - ค่าตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit/Hb)	ครั้ง	60 30	ตามช่วงอายุที่กำหนด
7. บริการอนามัยเจริญพันธุ์ 7.1 การวางแผนครอบครัว 7.1.1 คุมกำเนิดชั่วคราว - ยาฉีดคุมกำเนิด - ยาเม็ดคุมกำเนิด 7.1.2 การคุมกำเนิดถาวร - ยาฝังคุมกำเนิด - การใส่ห่วงอนามัย 7.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ - ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน	เข็ม แผง ครั้ง ครั้ง แผง	60 40 2,500 800 50	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี ไม่เกิน 13 แผงต่อปี 3 ปีต่อครั้ง 1 ครั้งต่อปี ไม่เกิน 2 แผงต่อปี
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี 8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ 8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear 8.3 ตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcopeและ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy / LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา 8.4 การแจ้งผลการตรวจและการติดตาม 8.4.1แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เข้ารับการรักษากรณีผล Epithelial Cell Abnormalities ระบุ Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) หรือ Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) 8.4.2 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษากรณีระบุ High grade squamous intraepithelial lesion(HSIL) /Atypical glandular cells (AGC),Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS), Adenocarcinoma	ครั้ง	20 250 900 500 1,000	ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี 1 ครั้งต่อปี 1 ครั้ง กรณีผล Pap smear เป็น Pre cancerous
9. การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน 9.1 คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดเส้นรอบเอวและตรวจเลือดหาน้ำตาลในเลือดและแจ็กสมุติบันทึกสุขภาพพร้อมผลการตรวจ	ครั้ง	100	1 ครั้งต่อปี

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ
9.2 การตรวจหาTotal Cholesterol ,HDL,LDL, Triglyceride (เจาะเลือดทางVein) - เฉพาะกรณี อายุ 25 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยงและมีค่าBMI มากกว่า25 กก/ม ² หรือ ที่มีประวัติบิดา มารดา เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ - กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป		300	
10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน รวมการยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ	ครั้ง	2,000	1 ครั้งต่อปี
11. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ กิจกรรมขั้นตอนที่ 1 11.1 การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) 11.2 การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ให้ผลบวก 11.3 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 11.4 การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม (9Q) และ/หรือ 8 คำถาม (8Q) ให้ผลบวกและส่งต่อเพื่อรับการรักษา	ครั้ง ครั้ง ครั้ง ครั้ง	20 30 50 100	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี 1 ครั้งต่อปี
12. บริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL	ครั้ง	100	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี
13. การตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ประกอบด้วย บริการตรวจคัดกรอง ดังนี้ 1) ชักประวัติ ตรวจร่างกายโดยแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติ 2) ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ - *คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL - คัดกรองความบกพร่องทางสายตาโรคต้อกระจก : ตรวจวัดสายตา (Visual Acuity Test) - *ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม - ประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนด้วย OSTA index - ประเมินสมรรถภาพสมอง - ประเมินภาวะโภชนาการ 3) ให้คำปรึกษา ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตน กรณีพบความเสี่ยงด้านต่างๆ ให้กับผู้รับบริการและญาติ/ผู้ดูแล	ครั้ง	300	1 ครั้งต่อคนต่อปี หมายเหตุ : *ประเมิน ADL และประเมิน 2Q ให้บันทึกเบิกชดเชยแยกในหัวข้อ 11.1 และข้อ 12
14. การให้สุขภาพศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ - บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ครั้ง	50	1 ครั้งต่อคนต่อเดือน
15. การตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา	ครั้ง	100	1 ครั้งต่อคนต่อปีการศึกษา

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชยค่าบริการ
16. ตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในกลุ่มผู้ขับขีรถสาธารณะ - ตรวจร่างกายทั่วไป โดยแพทย์ - ตรวจวัดระดับสายตา (Visual Acuity Test) - ตรวจปัสสาวะ UA หรือ strip test อย่างน้อย 4 รายการ (Glucose Protein Sp.gr pH) - ตรวจเลือด (CBC) - เอกซเรย์ ทรวงอก	ครั้ง	310	1 ครั้งต่อคนต่อปี
17. ตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 4 17.1 ตรวจร่างกายพื้นฐาน - ชักประวัติการรับประทานอาหาร ประวัติบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่า BMI วัดความดันโลหิต - ตรวจสุขภาพนักเรียน 10 ท่า - ตรวจวัดค่าสายตา - ให้ความรู้ คำแนะนำ - คัดกรองภาวะซีดตามช่วงอายุ	ครั้ง	100	1 ครั้งต่อคนต่อปีการศึกษา
17.2 กรณีตรวจคัดกรองภาวะซีด พบค่า Hct <34% Hb <11.5 g/dL - แจ้งผลให้ผู้ปกครองรับทราบ และให้คำแนะนำ/ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา - ให้ยาเสริมธาตุเหล็กเป็นระยะ 1 เดือน - Follow up Hct 1 ครั้ง หลังให้ยาเสริมธาตุเหล็ก 1 เดือน	ครั้ง	100	1 ครั้งต่อคนต่อปีการศึกษา
18. คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร 18.1 *ตรวจตาม package คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 18.2 คัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) 18.3 คัดกรองภาวะหกล้ม (Fall) 18.4 การให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุ เฉพาะที่คลินิกผู้สูงอายุครบวงจร ได้แก่ ด้านยา ด้านทันตกรรม ด้านอาหาร ด้านกายภาพบำบัด	ครั้ง	320	1 ครั้งต่อคนต่อปี หมายเหตุ : *คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) บันทึกเบิกตาม ข้อ 13

แนวทางการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Itemized) ปีงบประมาณ 2563

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประชาชนไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิอื่น ๆ

ในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดกิจกรรม เจ็บป่วย และอัตราค่าชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย ดังนี้

1) การฝากครรภ์ (ANC)

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

** การบริการฝากครรภ์ อ้างอิง แนวทางการปฏิบัติงานบริการฝากครรภ์เพื่อครรภ์คุณภาพพื้นที่กรุงเทพมหานคร **

1.1 การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนการฝากครรภ์

อัตราค่าชดเชยบริการ 70 บาท ไม่เกิน 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ชักประวัติการขาดประจำเดือน สัญญาณเตือนของการตั้งครรภ์
- 2) ให้บริการตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ในหญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายการตั้งครรภ์
- 3) การทดสอบการตั้งครรภ์ต้องได้รับความเห็นจากแพทย์

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

- 1) ไม่ชดเชยค่าบริการหญิงที่มีประวัติการฝากครรภ์อยู่แล้ว
- 2) กรณีที่ทดสอบการตั้งครรภ์แล้ว ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ตามการวินิจฉัยของแพทย์ เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก ครรภ์ไหลออก สำนักงานจะชดเชยบริการในกรณีดังกล่าวให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาล

- 3) บันทึกผลการทดสอบการตั้งครรภ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ

1.2 การฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในครรภ์นั้นๆ ของผู้รับบริการที่หน่วยบริการ และได้รับการบริการครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

อัตราค่าชดเชยบริการ เหมจ่ายครั้งละ 1,200 บาท ต่อการตั้งครรภ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป
 - ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต
- 2) ให้สุศึกษา
- 3) ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจครรภ์

- 4) การให้คำปรึกษา (Counseling) ก่อนตรวจเลือด HIV และ ชาติสซีเมีย
- 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 ยาเสริมธาตุเหล็ก เกลือโอไอโอดีน ยาเม็ดรวมเสริมธาตุเหล็ก โฟเลทและไอโอดีน แคลเซียม (ตามวินิจฉัยของแพทย์)
- 8) ลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

1.3 การฝากครรภ์ครั้งต่อไปของผู้รับบริการ

อัตราค่าบริการ 400 บาทต่อครั้ง

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป อาทิ ชั่งน้ำหนัก , วัดส่วนสูง , วัดความดันโลหิต
- 2) ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจครรภ์
- 3) ให้สูติศึกษา
- 4) การให้คำปรึกษา (Counseling) หลังตรวจเลือด HIV และ ชาติสซีเมีย
- 5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจ Confirm ตามวินิจฉัยของแพทย์หรือตอนใกล้คลอด หรือ ประมาณสัปดาห์ที่ 28-36)
 - VDRL 1 ครั้ง
 - HIV 1 ครั้ง
- 6) การให้คำแนะนำรายบุคคล ตามสภาพปัญหา
- 7) จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติตามความจำเป็น เช่น ยาเสริมกรดโฟลิก ยาเสริมธาตุเหล็ก เกลือโอไอโอดีน ยาเม็ดรวมเสริมธาตุเหล็ก โฟเลท และไอโอดีน แคลเซียม (ตามวินิจฉัยของแพทย์)
- 8) ลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- 9) ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์ และคัดกรองโรคซึมเศร้า และปัญหาการดื่มสุรา

บริการดูแลสุขภาพช่องปากและวัคซีนในหญิงตั้งครรภ์

- 1) ตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์ (เงื่อนไขและอัตราค่าบริการตามคู่มือแนวทางการให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2563 เล่ม 5)

2) วัคซีนที่ให้ในหญิงตั้งครรภ์

2.1 วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ถ้ายังไม่เคยได้รับวัคซีน ให้ฉีดตามกำหนด 0, 1, 6 เดือน และกระตุ้นทุก 10 ปี

2.2 วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ตามฤดูกาล ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 14 สัปดาห์ (ตามมาตรฐานการฉีดวัคซีน ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข)

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

- 1) หน่วยบริการให้บริการครบถ้วนตามแนวทางการบริการขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ
- 2) กรณีสิทธิว่างจะได้รับการชดเชยเฉพาะการฝากครรภ์เพียงครั้งแรกเท่านั้น ครั้งต่อไปขอให้หน่วยบริการลงทะเบียนให้กับผู้รับบริการเพื่อรับบริการครั้งต่อไปตามสิทธิ
- 3) การบริการฝากครรภ์นี้ต้องดำเนินการภายในหน่วยบริการเท่านั้น
- 4) การชดเชยบริการนี้เฉพาะกรณีการฝากครรภ์ปกติ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นการตรวจรักษาโรคให้เบิกชดเชยตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ
- 5) หน่วยบริการต้องเก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการในรูปแบบเอกสาร เช่น เวชระเบียน และ/หรือ ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ หลักฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบตรวจและผลการตรวจ อัลตราซาวด์ เป็นต้น เพื่อรับการตรวจสอบบริการ (Clinical & Financial audit) จากสำนักงานฯ
- 6) กรณีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำซ้อนในผู้รับบริการคนเดียวกัน สำนักงานจะดำเนินการตรวจสอบข้อเท็จจริงและพิจารณาจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการตามการให้บริการจริง และกรณีพบว่าให้บริการจริงทั้ง 2 แห่ง จะพิจารณาจากวันที่รับบริการและวันที่บันทึกการให้บริการ โดยจ่ายชดเชยในอัตรา 1,200 บาท และอัตรา 400 บาท ตามลำดับการให้บริการ
- 7) การส่งต่อเพื่อฝากครรภ์ต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิแนบสำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพร้อมกับประวัติที่เกี่ยวข้อง
- 8) บันทึกการฝากครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ตามภาคผนวก)
- 9) กรณีหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 10 ปีและมากกว่า 60 ปี ให้หน่วยบริการ ขอเบิกชดเชยค่าบริการเป็นเอกสารโดยตรงกับสำนักงานฯ

1.4 การตรวจ Glucose challenge test (GCT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

อัตราชดเชยบริการ 70 บาทต่อครั้ง (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) หน่วยบริการสามารถตรวจ 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

อัตราขาดค่าบริการ 200 บาท (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกขาดค่าบริการ

- 1) สามารถเบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น
- 2) ตรวจ OGTT ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เมื่อพบผลการตรวจ GCT ผิดปกติ
- 3) เป็นการตรวจระดับกลูโคสในหลอดเลือดโดยเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ

1.6 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติและสามี

1.6.1 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ

อัตราขาดค่าบริการ

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ครั้งละ (บาท)	ความถี่ในการตรวจ
1. Hb typing	หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ	270	1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
2. Alpha thalassemia-1	หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลตรวจ MCV ต่ำกว่า 80 หรือผล OF +ve	800	
3. Beta thalassemia	หญิงตั้งครรภ์ที่มีผล Hb typing มีความผิดปกติในสายเบต้าธาลัสซีเมีย	3,000	
4. ตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด กรณีคู่สมรสเป็นพาหะที่ลูกมีโอกาสเป็นโรค (Prenatal Diagnosis :PND)	หญิงตั้งครรภ์	2,500	

*** ข้อ 2-4 เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น***

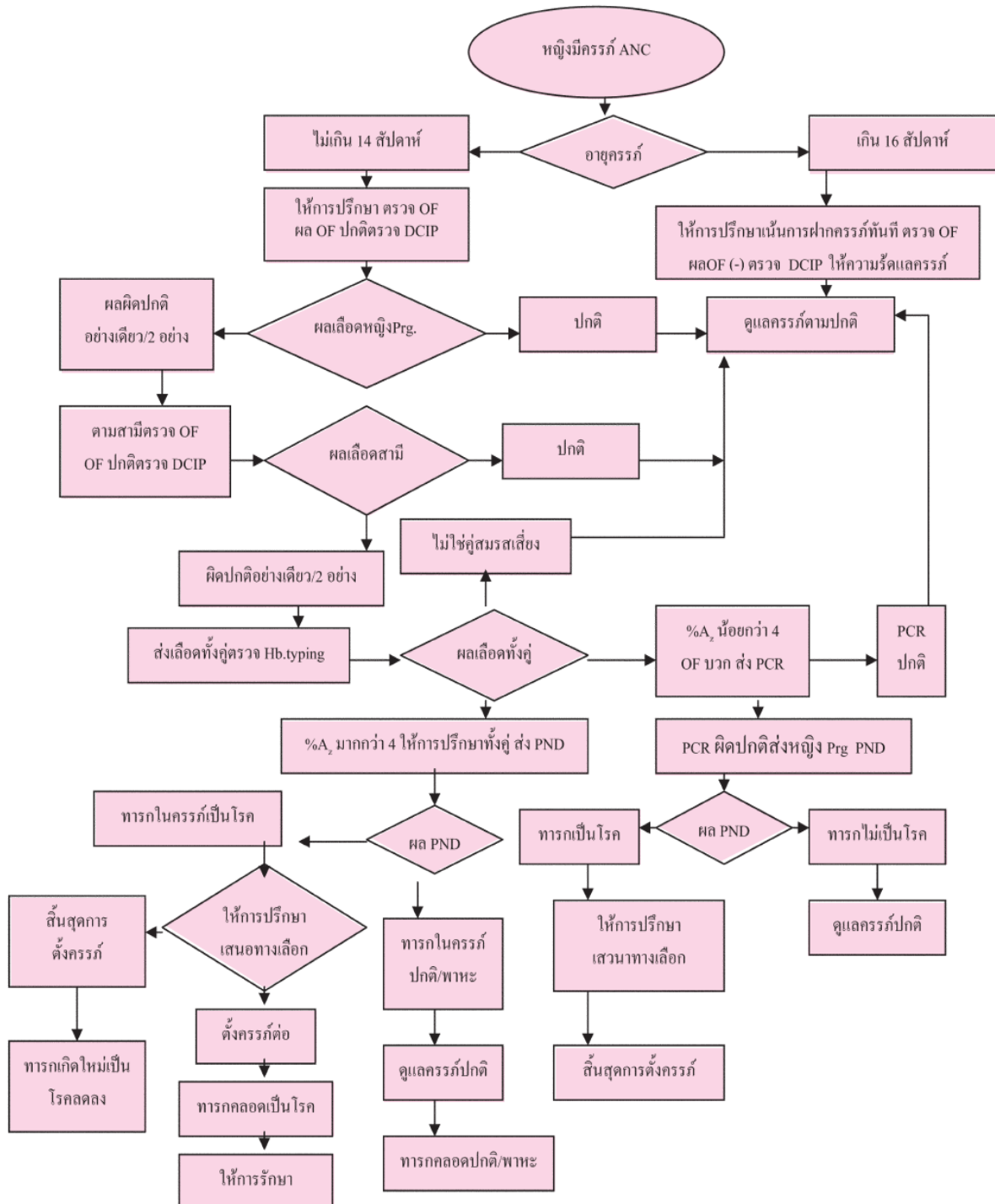
1.6.2 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

อัตราขาดค่าบริการ

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ครั้งละ (บาท)	ความถี่ในการตรวจ
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 และควบคุมโรคธาลัสซีเมียและ ฮีโมโกลบินผิดปกติของประเทศไทย



1.7 การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม

อัตราค่าบริการ

- 1) การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG , Unconjugated estriol , alpha fetoprotein (AFP) inhibin-A) รายละ 1,200 บาท
- 2) การตรวจโครโมโซม ด้วยวิธี Karyotyping รายละ 2,500 บาท
- 3) การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธี Amniocentesis รายละ 2,500 บาท

เงื่อนไขการเบิกขดค่าบริการ

- 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ มากกว่า 35 ปี และมีประวัติการฝากครรภ์
- 2) การเบิกจ่ายขดเชย
 - การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG ,Unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP) inhibin-A) พิจารณาส่งตรวจโดยสูติแพทย์
 - การตรวจโครโมโซม ด้วยวิธี Karyotyping และการตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธี Amniocentesis เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น
- 3) เบิกขดเชยค่าตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
- 4) ให้คำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์แก่คู่สมรสก่อนการตรวจคัดกรอง
- 5) การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์

1.8 การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์

อัตราค่าบริการ ครั้งละ 400 บาท (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกจ่ายขดค่าบริการ

- 1) เป็นการตรวจคัดกรองเพื่อตรวจดูอายุทารกในครรภ์ และความสมบูรณ์ของทารก โดยต้องมีการอ่าน/แปลผลโดยสูติแพทย์
- 2) การขดเชยการรับบริการตรวจอัลตราซาวด์
 - อัลตราซาวด์ ครั้งแรก หน่วยบริการที่ให้บริการฝากครรภ์ สามารถเบิกได้
 - อัลตราซาวด์ ครั้งที่ 2 เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลที่ให้บริการฝากครรภ์

1.9 การยุติการตั้งครรภ์

อัตราค่าบริการ 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์

เงื่อนไขการเบิกขดค่าบริการ

- 1) เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมบริการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์กับกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น
- 2) ข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์จากผลการตรวจพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงภาวะดาวน์ซินโดรม ชาติพันธุ์ และ การตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยเข้าเกณฑ์ตามกฎหมายโดยสมัครใจ
- 3) หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูล/วิธีการให้บริการลงในเวชระเบียน
- 4) หน่วยบริการที่รับค่าบริการ ต้องไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใด ๆ จากผู้รับบริการ เพิ่มเติม
- 5) หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว หน่วยบริการต้องให้การดูแลรักษาโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ

2) การตรวจหลังคลอด

กลุ่มเป้าหมาย หญิงหลังคลอด

2.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1

อัตราชุดค่าบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

เงื่อนไขการเบิกชุดค่าบริการ

ให้บริการหญิงหลังคลอด ไม่เกิน 7 วันหลังคลอด (นับจากวันคลอด)

2.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2

อัตราชุดค่าบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

เงื่อนไขการเบิกชุดค่าบริการ ให้บริการหญิงหลังคลอด 8 - 15 วันนับจากวันคลอด

2.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3

อัตราชุดค่าบริการ 500 บาท โดยให้บริการดังนี้

- | | |
|--------------------------------------|--------------|
| 1) ตรวจสุขภาพแม่หลังคลอด | ราคา 150 บาท |
| 2) ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ราคา 250 บาท |
| 3) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โพลีค ไอโอดีน | ราคา 100 บาท |

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ชักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด
- 2) ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา
- 3) ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โพลีค ไอโอดีนกินทุกวัน หลังคลอดเป็นเวลา 3- 6 เดือน
- 4) ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว
- 5) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 6) ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา
- 7) ตรวจมะเร็งปากมดลูก ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) ให้บริการหญิงหลังคลอด 16 - 60 วันนับจากวันคลอด และบริการครบทุกกิจกรรม กรณีไม่ครบตามกิจกรรมที่กำหนด สำนักงานฯ จะชดเชยตามการให้บริการจริง
- 2) กรณีมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังคลอดแล้ว จะไม่สามารถใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้อีกในปีงบประมาณนั้น

3) การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด

กลุ่มเป้าหมาย เด็กทารกแรกเกิด

อัตราชดเชยบริการ

รายการ	อัตราชดเชย	หน่วยบริการ
ค่าเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด	20 บาท /คน	หน่วยบริการที่เจาะเลือดทารกแรกเกิด
ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	124 บาท/ครั้ง	หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและเฟินนิลคีโตนยูเรีย	235 บาท/ครั้ง	
การตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนกรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	250 บาท /คน	หน่วยบริการที่ตรวจยืนยันเอง

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ให้ความรู้เรื่องภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและตรวจคัดกรองกับมารดาก่อนการเจาะเลือด
- 2) มีทะเบียนทารกแรกเกิดที่ส่งตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนและบันทึกผลการตรวจคัดกรองพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนทุกราย
- 3) หน่วยบริการ จะต้อง มีข้อมูลที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ของมารดาหลังคลอดเพื่อแจ้งผลการคัดกรองและติดตามทารกกรณีผลการคัดกรองผิดปกติ
- 4) กรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ต้องติดตามทารกมาตรวจยืนยัน

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) ชดเชยค่าเจาะเลือดคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิดให้กับหน่วยบริการที่ส่งตรวจกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- 2) หน่วยบริการที่ตรวจทางห้องปฏิบัติการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด
- 3) การตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน กรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ หน่วยบริการที่เจาะเลือด เพื่อส่งตรวจยืนยันโดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด
- 4) ชดเชยบริการให้กับเด็กไทย หรือ มีมารดา/บิดา เป็นคนไทย โดยบันทึกเลขประจำประชาชน 13 หลักของเด็ก หรือมารดา/บิดา

4) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน

4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด - 14 ปี

กลุ่มเป้าหมาย เด็กไทยแรกเกิด - 14 ปี

อัตราขาดเซบบริการ Dose ละ 20 บาท

ตาราง : กำหนดการให้วัคซีนแก่เด็ก (EPI Program) ตามนโยบายและแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ของกระทรวงสาธารณสุข

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	BCG (บีซีจี)	ฉีดให้เด็กก่อนออกจากโรงพยาบาล (เด็กติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีอาการของโรคเอดส์ ไม่ให้ BCG)
	HB1 (ตับอักเสบบี)	ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
1 เดือน	HB2 (ตับอักเสบบี)	เฉพาะรายที่เด็กคลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับ อักเสบบี
2 เดือน	DTP-HB1 (คอตีบ - บาดทะยัก ไอกรน - ตับอักเสบบี) OPV1 (โปลิโอชนิดหยอด) Rota1(ชนิด Monovalent)	
4 เดือน	DTP-HB2 (คอตีบ - บาดทะยัก ไอกรน - ตับอักเสบบี) OPV2 (โปลิโอชนิดหยอด) , IPV (โปลิโอชนิดฉีด) Rota2(ชนิด Monovalent)	ให้วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด 1 เข็ม พร้อมกับวัคซีนโปลิโอชนิด หยอด 1 ครั้ง
6 เดือน	DTP-HB3 (คอตีบ - บาดทะยัก ไอกรน - ตับอักเสบบี) ,OPV3 (โปลิโอชนิดหยอด) Rota3(เฉพาะชนิด Pentavalent)	
9 เดือน	MMR1 (หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)	หากไม่ได้ฉีดเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รับติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1 ปี	LAJE1 (ใช้สมองอักเสบเจอี เชื้อเป็น)	
1 ½ ปี	DTP4 (คอตีบ - บาดทะยัก ไอกรน) OPV4 (โปลิโอชนิดหยอด)	
2 ½ ปี	LAJE2 (ใช้สมองอักเสบเจอีเชื้อเป็น)	
	MMR2 (หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน)	
4 ปี	DTP5 (คอตีบ - บาดทะยัก ไอกรน) OPV5 (โปลิโอชนิดหยอด)	
6-7 ปี (ป.1)	MR (หัด-หัดเยอรมัน) HB (ตับอักเสบบี) LAJE (ใช้สมองอักเสบเชื้อเป็น) IPV (โปลิโอชนิดฉีด) dT (คอตีบ - บาดทะยัก) , OPV (โปลิโอชนิดหยอด)	เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบตามเกณฑ์
	BCG (วัณโรค)	1.ให้ในกรณีไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรก เกิด และไม่มีแผลเป็น 2. ไม่ให้ในเด็กติดเชื้อ HIV ที่มีอาการของโรคเอดส์

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
11 ปี (นักเรียน หญิง ป.5)	HPV1 ,HPV2 (มะเร็งปากมดลูก)	ให้ 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน
12 ปี (ป.6)	dT (คอตีบ-บาดทะยัก)	ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข ฉีดให้เด็ก นักเรียน ป.6

ที่มา : กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561

หมายเหตุ หากพบว่าเด็กไม่ได้รับวัคซีนตามแผน EPI Program สามารถให้วัคซีนได้ทันที

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) ให้บริการวัคซีนตามกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด
- 2) ให้บริการตามแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของ กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ Dose ละ 20 บาท

กิจกรรมและเงื่อนไขการชดเชยบริการ

วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
dT (คอตีบ-บาดทะยัก)	ผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

กลุ่มเป้าหมาย ตามนโยบายและแผนการรณรงค์บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลปีงบประมาณ 2563 ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราชดเชยบริการ 20 บาท/ครั้ง

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

ให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลตามแนวทางและกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานกำหนด

หมายเหตุ คำแนะนำทั่วไป สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค Download ได้ที่



5) การตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปีด้วยเครื่องมือ DSPM

(Developmental Surveillance and Promotion Manual)

กลุ่มเป้าหมาย เด็กไทยอายุแรกเกิด - 5 ปี

อัตราขาดเชยบริการ ครั้งละ 100 บาท เบิกขาดเชยได้ไม่เกิน 5 ครั้ง ในขวบปีแรก และไม่เกินปีละ 1 ครั้ง ในช่วงอายุ 1-5 ปี

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
- 2) ตรวจร่างกายทั่วไป
- 3) ประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ รายละเอียดตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual)

4) ให้คำแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครอง เรื่องการเลี้ยงดู ส่งเสริมทักษะ ส่งเสริมสุขนิสัยที่ดี การป้องกัน อุบัติเหตุ และลดความเสี่ยง

5) บันทึกผลการประเมินพัฒนาการ ในคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และเวชระเบียน

เงื่อนไขการเบิกขาดเชยบริการ

1) ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุขหรือกรุงเทพมหานคร

2) หน่วยบริการต้องใช้เครื่องมือ DSPM ในการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก

3) หน่วยบริการให้บริการครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

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

5) กรณีพบพัฒนาการไม่สมวัยหรือเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อให้เด็กได้รับการดูแล และนัดผู้ปกครองนำเด็กมารับการประเมินพัฒนาการซ้ำ อีก 1 ครั้ง ด้วยคู่มือเดิมภายในระยะเวลา 1 เดือน (14 – 30 วัน) โดยสามารถเบิกขาดเชยค่าบริการได้ และหากผลการประเมินพัฒนาการซ้ำ พบเสี่ยงล่าช้า ให้คำแนะนำการส่งเสริมพัฒนาการ ติดตามและส่งต่อ

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

7) สามารถบันทึกการประเมินพัฒนาการเด็กได้ตั้งแต่อายุ 1 เดือนขึ้นไปถึงอายุ 5 ปี

หมายเหตุ 1. ช่วงอายุ 3 ปี 6 เดือน – 4 ปี (42 – 48 เดือน) สามารถเบิกค่าตรวจคัดกรองพัฒนาการแยก จากบริการให้วัคซีนได้ เนื่องจากในช่วงอายุดังกล่าวไม่มีตารางรับบริการวัคซีน (EPI Program)

2. หน่วยบริการต้องให้บริการตามแนวทางคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ ตามแนวทางที่สำนักงานฯกำหนด

5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า

กลุ่มเป้าหมาย เด็กไทยอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ตรวจร่างกาย ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบอก
- 2) เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปี แล้วพบว่าเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยหรือเสี่ยงล่าช้า ให้บริการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า
- 3) ให้คำแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครอง อาทิ เรื่องการประเมินพัฒนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ การส่งต่อการรักษา
- 4) บันทึกผลการประเมินพัฒนาการ รายละเอียดตามแบบบันทึกการประเมินพัฒนาการของเครื่องมือนี้ ๆ

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) ให้บริการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า
- 2) หน่วยบริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการ ดังนี้
 - จัดสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน
 - มีคู่มือ/อุปกรณ์/แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ชุดบัตรภาพ ประกอบการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) หรือเครื่องมือเทียบเท่าครบถ้วน เหมาะสมเพียงพอ พร้อมใช้งาน
- 3) การชดเชยบริการไม่ครอบคลุมกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มเป้าหมาย เด็กไทยอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีปัญหาด้านพัฒนาการล่าช้า

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ตรวจร่างกาย ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบอก
- 2) ให้บริการกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล ด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า ในด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การเข้าใจภาษา การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตนเองและสังคม
- 3) ให้ความรู้ คำแนะนำ ผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการแก่ผู้ปกครอง
- 4) บันทึกผลการให้บริการกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการรายบุคคล รายละเอียดตามแบบบันทึกการประเมินพัฒนาการของเครื่องมือนี้ ๆ

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

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

2) หน่วยบริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการ ดังนี้

- จัดสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน

- มีคู่มือ/อุปกรณ์/แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ชุดบัตรภาพ ประกอบการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) หรือเครื่องมือเทียบเท่าครบถ้วน เหมาะสมเพียงพอ พร้อมใช้งาน

3) ผู้รับบริการที่นำข้อมูลมาบันทึกเพื่อขอรับค่าชดเชยบริการต้องยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

หมายเหตุ : หน่วยบริการต้องให้บริการตามแนวทางคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และตามแนวทางที่สำนักงานกำหนด

6) การคัดกรองภาวะซีด

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
ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	จำนวน 1 ครั้งต่อปี

อัตราชดเชย อัตราชดเชยขึ้นอยู่กับประเภทการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

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

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ ชดเชยค่าบริการ 1 ครั้ง/คน/ช่วงอายุ/ต่อ 1 รายการ ยกเว้นในผู้สูงอายุ ชดเชยค่าบริการ 1 ครั้ง/คน/ปี/ต่อ 1 รายการ

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องการ

- 1) ชักประวัติการรับประทานอาหาร/โรคประจำตัว ประวัติบุคคลในครอบครัว
- 2) เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโลหิตซีด
- 3) ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซีดกับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองก่อนและหลังการคัดกรอง
- 4) บันทึกผลการคัดกรองลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ

- 5) แจ้งผลการคัดกรองให้กับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองทราบ
- 6) กรณีผลการตรวจเลือดพบความผิดปกติ ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา* กรณีเจาะเลือดในเด็กต้องได้รับการอนุญาตจากพ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษรและเก็บไว้เป็นหลักฐาน*

7) บริการอนามัยเจริญพันธุ์

7.1 การวางแผนครอบครัว

7.1.1 การคุมกำเนิดชั่วคราว

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

อัตราขาดเซviceบริการ การคุมกำเนิดชั่วคราว

การคุมกำเนิด	หน่วยนับ	อัตราขาดเซvice(บาท)	จำนวนความถี่การให้บริการ
ยาเม็ดคุมกำเนิด	แผงละ	40	ไม่เกิน 13 แผงต่อปี
ยาฉีดคุมกำเนิด	เข็มละ	60	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี

ไม่ครอบคลุมการใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อการรักษา

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ชักประวัติ เช่น การมีประจำเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก เต้านมประจำปี ประวัติการได้รับการวางแผนครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา
- 2) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

7.1.2 การคุมกำเนิดกึ่งถาวร

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

อัตราขาดเซviceบริการ การคุมกำเนิดชั่วคราว

การคุมกำเนิด	หน่วยนับ	อัตราขาดเซvice(บาท)	จำนวนความถี่การให้บริการ
ยาฝังคุมกำเนิด	ครั้งละ	2,500	3 ปี ต่อ 1 ครั้ง
ห่วงอนามัยคุมกำเนิด	ครั้งละ	800	1 ครั้งต่อปี

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ชักประวัติ เช่น การมีประจำเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก เต้านมประจำปี ประวัติการได้รับการวางแผนครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา
- 2) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

7.2 การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ : ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ ใช้สำหรับป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนหญิง อายุ 10 - 24 ปี

อัตราชดเชยบริการ 50 บาทต่อแผง ชดเชยตามความจำเป็นไม่เกิน 2 แผงต่อปี

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ชักประวัติ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การมีประจำเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก เต้านมประจำปี ประวัติการได้รับการวางแผนครอบครัว โรคประจำตัว /ยาที่ใช้ในการรักษา ประวัติการแพ้ยา
- 2) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ประเมินค่า BMI
- 3) ให้ความรู้และคำแนะนำการใช้ยา ผลข้างเคียง และการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมตามที่

เงื่อนไขการจ่ายชดเชย

- 1) การจ่ายยาคุมกำเนิดฉุกเฉินต้องจ่ายโดยแพทย์/เภสัชกรเท่านั้น
- 2) ผู้รับบริการต้องไม่อยู่ในปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน

8) การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 25 – 59 ปี

8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 20 บาท (ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี)

กิจกรรมและเงื่อนไขการชดเชยบริการ

- 1) ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีคลำเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข
- 2) บุคลากรสาธารณสุข ควรแนะนำให้ผู้รับบริการทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังการให้บริการนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
- 3) ไม่คัดกรองในระหว่างตั้งครรภ์ ให้นมบุตร และมีประจำเดือน

8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 30 – 59 ปี

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 250 บาท (1 ครั้งต่อคนต่อปี)

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) หน่วยบริการต้องแจ้งผลการตรวจ Pap smear ให้ผู้รับบริการทราบ ทุกกรณี (ทั้งกรณีปกติ และผิดปกติ) โดยมอบเอกสารแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง
- 2) ติดตามหรือแจ้งให้ผู้รับบริการในกลุ่มเสี่ยงที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope และ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy / LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยาซ้ำให้กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพหรือเข้ารับการรักษาสืบเนื่องการรักษา

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครบถ้วน
- 2) หน่วยบริการ/ สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ภายในหน่วยบริการของตนเอง ให้ส่งสไลด์ไปตรวจยังห้องปฏิบัติการที่ผ่านการตรวจประเมินจากสำนักงานฯ ตามรายชื่อที่สำนักงานฯ กำหนด (ภาคผนวก)
- 3) หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนดให้ครบถ้วน

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

2. สำนักงานฯ จ่ายชดเชยเมื่อมีการบันทึกข้อมูลครบทั้ง 2 ส่วน ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผลการบันทึกข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

8.3 ตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope และ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy / LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา

กลุ่มเป้าหมาย หญิงที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear ที่มีผลตรวจเป็น Pre cancerous

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 900 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องให้คำแนะนำหรืออธิบายเหตุผลการให้บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope และ/หรือตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy/LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา
- 2) แจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการทราบ ทุกกรณี (ทั้งกรณีปกติ และผิดปกติ) โดยมอบเอกสารแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง และติดตามหรือแจ้งให้ผู้รับบริการที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้ารับการรักษาสืบเนื่องตามสิทธิการรักษา

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) การให้บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope และ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy / LEEP) เฉพาะโรงพยาบาลที่มีความพร้อม
- 2) ตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope และ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy / LEEP) และตรวจทางพยาธิวิทยา ให้บริการได้กรณีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear ทางเซลล์วิทยาผิดปกติ เป็นภาวะ Pre Cancerous หรือผลการตรวจโดยเซลล์วิทยาเป็น Epithelial Cell Abnormalities / Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) หรือ Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) / High grade squamous intraepithelial lesion(HSIL) /Atypical glandular cells (AGC), Endocervical adenocarcinoma insitu (AIS), Adenocarcinoma
- 3) โรงพยาบาล บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนดให้ครบถ้วน
- 4) การให้บริการตรวจยืนยันด้วยวิธี Colposcope และ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy / LEEP) การเบิกชดเชยในช่วงเวลาการให้บริการดังกล่าวต้องไม่ซ้ำกับกองทุน OP และ IP

8.4 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษา

8.4.1 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษา/กรณีผล Epithelial Cell Abnormalities ระบุ Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) หรือ Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) Unsatisfactory for evaluation

อัตราขาดเสีย 500 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบผลการตรวจคัดกรองและได้รับการติดตามเพื่อเข้ารับการดูแลรักษากรณีผลการตรวจผิดปกติ/ในระยะเริ่มต้น

เงื่อนไขขาดเสีย

- 1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและประสานผู้รับบริการเพื่อแจ้งผลการตรวจและติดตามการรักษา ในกรณีผลการตรวจเป็น Epithelial Cell Abnormalities ระบุ Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) หรือ Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) Unsatisfactory for evaluation
- 2) บันทึกข้อมูลการแจ้งผลการตรวจและติดตามการรักษาผ่าน Follow Papsmear โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

8.4.2 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษา/กรณีผล ระบุ High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) , Atypical glandular cells (AGC) , Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS), Adenocarcinoma

อัตราขาดเสีย 1,000 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบผลการตรวจคัดกรองและได้รับการติดตามเพื่อเข้ารับการดูแลรักษากรณีผลการตรวจผิดปกติ/ในระยะเริ่มต้น

เงื่อนไขขาดเสีย

- 1) หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและประสานผู้รับบริการเพื่อแจ้งผลการตรวจและติดตามการรักษา ในกรณีผลการตรวจเป็น High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) / Atypical glandular cells (AGC) , Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS) , Adenocarcinoma
- 2) บันทึกข้อมูลการแจ้งผลการตรวจและติดตามการรักษาผ่าน Follow Pap smear โดยส่งผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

9. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)

ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ

- 1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ชดเชย 100 บาท /ครั้ง/คน/ปี
- 2) การตรวจคัดกรองไขมัน (Total Cholesterol ,HDL,LDL และTriglyceride) ชดเชย 300 บาท /ครั้ง/คน/ปี

2.1 กรณีบุคคลที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป มีผลการตรวจคัดกรองฯดังนี้

- มีประวัติเสี่ยงและมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม²
- มีประวัติบิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ

2.2 กรณีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

**** ชดเชยเฉพาะวิธีการเจาะเลือดทาง Vein เท่านั้น****

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่

- DTX / FBS
- Total Cholesterol,HDL,LDL และTriglyceride ต้องน้ำและอาหารก่อนตรวจ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง

3) บันทึกผลการตรวจคัดกรองในสมุดบันทึกสุขภาพ (ตามที่สำนักงานกำหนด) และแจ้งให้กับผู้รับบริการทุกราย

หมายเหตุ 1. กรณีจัดบริการเชิงรุกในชุมชนต้องเป็นไปตาม พรบ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 พ.ศ.2555 พ.ศ.2559 และ พ.ศ.2561

2. กรณีการให้บริการรณรงค์เชิงรุก ต้องทำตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และการเบิกชดเชย ตามที่สำนักงานกำหนด

3. คัดกรองตามแบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ตามภาคผนวก

10) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease)

ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงแล้ว พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน ที่ได้รับคัดกรองความเสี่ยงในปีงบประมาณ 2562 หรือตามที่สำนักงานฯ กำหนด

คุณสมบัติของหน่วยที่ให้บริการ

- 1) เป็นหน่วยบริการที่มีความพร้อมด้านบุคลากรและสถานที่ในการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 2) มีบุคลากรที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการเสริมพลังกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก หรือหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง

อัตราค่าใช้บริการ รายละ 2,000 บาท รวมการตรวจยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ

เงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าบริการ

- 1) จัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนงานโครงการที่ได้รับตามความเห็นชอบของสำนักงานฯ
- 2) บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมบันทึกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม BCPWEB /โปรแกรม และแบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด
- 3) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนการดำเนินงานและอัตราค่าเช่า

รายละเอียดดังตารางดังนี้

ลำดับ	การดำเนินการ	ผู้ดำเนินการ	อัตราค่าบริการ (บาท)
1	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลส่งแบบตอบรับ	หน่วยบริการบันทึกตามโปรแกรมที่กำหนด	
2	หน่วยบริการ/สถานพยาบาลเสนอโครงการให้กับ สปสช.กทพ.	หน่วยบริการ	
3	รวบรวม และพิจารณาโครงการ ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลเสนอเข้าร่วมโครงการ	สปสช.เขต 13 กทพ.	
4	4.1 ดำเนินงานตามแผนงานโครงการ 4.2 บันทึกแผนงานและเป้าหมายปรับเปลี่ยนฯ (บันทึกตามแบบฟอร์ม ป1) ผ่านโปรแกรม BCPWEB	หน่วยบริการ	500
5	รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยบันทึกผ่านโปรแกรม BCPWEB	หน่วยบริการ	500
6	รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 โดยบันทึกผ่านโปรแกรม BCPWEB	หน่วยบริการ	500
7	รายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครั้งที่ 5 โดยบันทึกผ่านโปรแกรม BCPWEB	หน่วยบริการ	500
8	สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ	หน่วยบริการ	

11) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคซึมเศร้า

กลุ่มเป้าหมาย

- 1) บุคคลที่มี อายุ 30 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยด้วยโรคเรื้อรัง
- 2) ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป
- 3) คนพิการ

อัตราชดเชยบริการ แบ่งจ่ายเป็นขั้นตอนดังนี้

กิจกรรม	อัตราชดเชยต่อผู้รับบริการ 1 ราย (บาท)
1. การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)	20 บาท เบิกได้ 2 ครั้งต่อปี
2. การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ให้ผลบวก	30 บาท
3. การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	50 บาท
4. การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม(9Q) และ/หรือ 8 คำถาม(8Q)ให้ผลบวก และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด	100 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

กิจกรรมขั้นตอนที่ 1

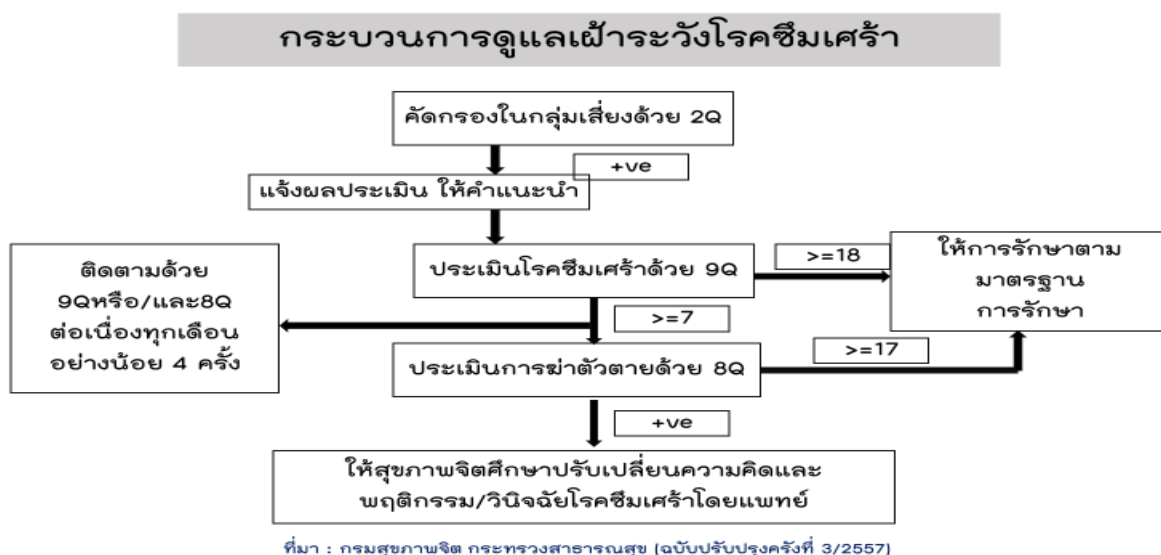
- 1) การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)
- 2) การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม ให้ผลบวก
- 3) การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม มากกว่าหรือเท่ากับ 7
- 4) การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 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 (ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

เงื่อนไขการขอชดเชยบริการ

- 1) สำนักงานฯ จะขอชดเชยบริการให้หน่วยบริการ/หน่วยงาน ที่ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรได้ผ่านการอบรมจากสถาบันหรือองค์กรที่น่าเชื่อถือ โดยใช้มาตรฐานเดียวกับกรมสุขภาพจิต หรือแบบประเมินมาตรฐานอื่น เช่น ราชวิทยาลัย
- 2) ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ป่วย OP หรือ IP หน่วยบริการนั้นๆ เพราะเป็นการให้บริการต่อเนื่อง
- 3) ผู้รับบริการ 1 ราย ต้องมีประวัติการรับบริการตรวจคัดกรองตามขั้นตอนที่สำนักงานฯ กำหนด จึงจะได้รับการขอชดเชยบริการ



12. บริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ

ตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)

อัตราการชดเชย 100 บาท/ครั้ง เบิกชดเชยได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคนต่อปี ควรห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน

การให้บริการและการขอชดเชยบริการ

- 1) บุคลากรที่ให้บริการต้องผ่านการอบรมหรือมีความรู้ในการแบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตร. ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL)
- 2) ให้บริการตรวจคัดกรอง ตามแบบบันทึกการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิต ADL (ตามภาคผนวก)
- 3) รายงานผลการคัดกรองรายบุคคลและสรุปผลการให้บริการ เพื่อขอชดเชยการบริการตามที่สำนักงานฯ กำหนด และเก็บบันทึกการให้บริการคัดกรองไว้ที่หน่วยบริการเพื่อเป็นหลักฐาน

13. การตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)

อัตราการขาดเคย 300 บาท เบิกขาดเคยได้ 1 ครั้ง/คน/ปี

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ชักประวัติ ตรวจร่างกายโดยแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติ
- 2) ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2.1 คัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุตามแบบประเมิน

Barthel Activities of Daily Living : ADL

2.2 คัดกรองความบกพร่องทางสายตาโรคต้อกระจก ตรวจวัดสายตา (Visual Acuity Test)

2.3 ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม

2.4 ประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนด้วย OSTA index

2.5 ประเมินสมรรถภาพสมอง ด้วย Modified IQ CODE และแบบทดสอบ TMSE

2.6 ประเมินภาวะโภชนาการ ด้วย Mini Nutritional Assessment; MNA®

หมายเหตุ ** การเบิกขาดเคย ข้อ 2.1 และ 2.3 ให้เบิกขาดเคยแยกตามหัวข้อกิจกรรมที่ 11 และ 12 **

- 3) การให้คำแนะนำรายบุคคล ตามสภาพปัญหา กับผู้รับบริการหรือบุคคลในครอบครัว
- 4) ส่งต่อกรณีพบผู้สูงอายุ มีสภาพปัญหา ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือส่งต่อเพื่อได้รับการรักษาตามสิทธิ

เงื่อนไขการเบิกขาดเคยบริการ

- 1) หน่วยบริการต้องให้บริการครบทุก กิจกรรมที่กำหนด ในชุดบริการการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) อัตราขาดเคยการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุนี้ไม่รวมค่าบริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุตามแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL และประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม
- 3) ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้สูงอายุในกิจกรรมพื้นฐาน ตามแบบประเมินที่สำนักงานกำหนด (ภาคผนวก)
- 4) การให้บริการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายต้องไม่ซ้ำกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้ลงทะเบียนแล้ว

14. การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร(UC) ตรงตามหน่วยบริการที่ให้บริการ หรือผู้รับบริการสิทธิอื่นที่มารับบริการในหน่วยบริการ

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 50 บาท คนละไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อเดือน

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค
- 2) อาหารและภาวะโภชนาการ
- 3) การออกกำลังกาย
- 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- 5) การรับประทานยาและการดูแลตนเอง
- 6) กิจกรรมคลายเครียด
- 7) อื่น ๆ ตามสภาวะผู้รับบริการ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีสาขาสุขภาพ เช่น พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข

15. การตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย เด็กนักเรียนชั้น ป.1 - ป.6 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

อัตราชดเชยบริการ 100 บาท / คน / ปีการศึกษา

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กนักเรียน ดังนี้

- 1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต
- 2) ชักประวัติ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย และรับภูมิคุ้มกันโรค บันทึกไว้เป็นหลักฐาน โดยพยาบาลวิชาชีพ
- 3) ตรวจร่างกายทุกระบบ (ตรวจร่างกาย 10 ท่า)
- 4) วัดสายตาด้วยแผนภูมิสนลเลน (Snellen's Chart)
- 5) ตรวจการได้ยินอย่างง่าย
- 6) ประเมินสภาวะช่องปาก
- 7) ประเมินภาวะซีด
- 8) ประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก 2 เกณฑ์ คือ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
- 9) สอนสุขศึกษา หรือจัดกิจกรรมให้ความรู้กับนักเรียน / ครู
- 10) กรณีตรวจคัดกรองสุขภาพแล้วพบความเสี่ยง หรือความผิดปกติด้านสุขภาพ ให้ดำเนินการ

ให้คำปรึกษาหรือส่งต่อรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ

- 11) ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น สำหรับนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น การให้ยากำจัดเหา

12) รายงานผลการตรวจสุขภาพรายบุคคลของเด็กนักเรียนแจ้งให้ผู้ปกครอง/ ครูผู้รับผิดชอบทราบ และสรุปรายงานผลการรวมการตรวจสุขภาพให้กับโรงเรียน ภายใน 30 วัน หลังจากให้บริการ

คุณสมบัติของหน่วยบริการ

1) กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 พ.ศ.2555 และ พ.ศ. 2559

2) มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตรากำลัง และแผนออกปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร

3) มีความพร้อมในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน

ด้านบุคลากร

- แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ
- ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก อย่างน้อย 1 คน
- ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมหรือฝึกปฏิบัติงานด้านการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนจากหน่วยงาน/สถาบันที่น่าเชื่อถือหรือมีประสบการณ์การทำงานอนามัยโรงเรียน อย่างน้อย 1 ปี

ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์

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

การแบ่งพื้นที่การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน (อนามัยโรงเรียน) เป็น 6 โซน

โซน	รายชื่อเขต
1	พระนคร ดุสิต ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ ดินแดง ห้วยขวาง ราชเทวี วังทองหลาง พญาไท (9 เขต)
2	คลองเตย ปทุมวัน ยานนาวา บางนา สาทร บางคอแหลม วัฒนา บางรัก พระโขนง สวนหลวง (10 เขต)
3	บางซื่อ จตุจักร บางเขน หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม ลาดพร้าว (7 เขต)
4	คลองสามวา ประเวศ บางกะปิ มีนบุรี หนองจอก ลาดกระบัง บึงกุ่ม คันนายาว สะพานสูง (9 เขต)
5	คลองสาน ธนบุรี จอมทอง บางกอกน้อย บางพลัด บางกอกใหญ่ ดุสิต ชลบุรี (8 เขต)
6	ราชบุรี ราชบุรี บางแค บางขุนเทียน ภาษีเจริญ หนองแขม ทุ่งครุ บางบอน (7 เขต)
หมายเหตุ: การแบ่งโซนอ้างอิงตาม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	

เกณฑ์ของการจัดสรรพื้นที่การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ดังนี้

- 1) หน่วยบริการให้บริการ ตามแผนการบริการที่รับอนุมัติจากสำนักงาน
- 2) ให้บริการตามโซนที่กำหนด

กรณีการให้บริการข้ามโซน

- 2.1 เป็นโรงเรียนที่ไม่มีหน่วยบริการ ในโซนรับผิดชอบในการให้บริการ
- 2.2 เป็นพื้นที่หรือเขตติดต่อ หรือ ใกล้เคียงกับหน่วยบริการที่จะเข้าให้บริการ
- 2.3 ต้องเสนอแผนการจัดบริการและได้รับการอนุมัติ จาก สำนักงานฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) หน่วยบริการเสนอแผนการจัดบริการไปยังสำนักงานฯ
 - 2) สำนักงาน สรุปรายชื่อ จัดสรรเป้าหมายตามพื้นที่บริการ จัดทำแผนของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
 - 3) สำนักงานอนุมัติและแจ้งแผนการจัดบริการอนามัยโรงเรียน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- ให้หน่วยบริการดำเนินการตามแผน
- 4) สำนักงานฯกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางและแผน

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

- 1) เป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) กรณีให้บริการซ้ำซ้อน สำนักงานฯ จะพิจารณาเบิกจ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการตามแผนของสำนักงานฯ
- 3) ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพ
- 4) ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด
- 5) บันทึกข้อมูลการบริการผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

หมายเหตุ โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

16. ตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในกลุ่มผู้ขับขี่รถสาธารณะ

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงจากอาชีพ ผู้ขับขี่รถสาธารณะทุกประเภท เช่น แท็กซี่ รถตุ้ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ฯลฯ
กิจกรรมบริการ ตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ดังนี้

กิจกรรม	อัตราชดเชย(บาท)
1) ตรวจร่างกายทั่วไป โดยแพทย์	50
2) ตรวจวัดระดับสายตา (Visual Acuity Test)	50
3) ตรวจปัสสาวะ UA หรือ strip test อย่างน้อย 4 รายการ (Glucose Protein Sp.gr pH)	40
4) ตรวจเลือด (CBC)	70
5) เอกซเรย์ ทรวงอก	100

อัตราชดเชยค่าบริการ 310 บาท ต่อคนต่อปี (อ้างอิงราคาจาก PP Itemize และกรมบัญชีกลาง)

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

- 1) ผู้รับบริการต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) หน่วยบริการต้องให้บริการครบทุก กิจกรรมที่กำหนด ในชุดบริการการตรวจคัดกรองสุขภาพ
- 3) มีหลักฐานในการประกอบอาชีพ ผู้ขับขี่รถสาธารณะ ที่สามารถตรวจสอบได้
- 4) ให้ความรู้และเมื่อตรวจพบความผิดปกติแนะนำและส่งต่อเข้ารับบริการตามสิทธิการรักษา

17. ตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 4

กลุ่มเป้าหมาย เด็กมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 4

กิจกรรมบริการและอัตราขาดเซย

กิจกรรมบริการ	อัตราขาดเซย(บาท)
ส่วนที่ 1 ตรวจร่างกายพื้นฐาน - ชักประวัติการรับประทานอาหาร ประวัติบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่า BMI วัดความดันโลหิต - ตรวจสุขภาพนักเรียน 10 ท่า - ตรวจวัดค่าสายตา - ให้ความรู้ คำแนะนำในหัวข้อ ดังนี้ 1) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD) 2) เพศศึกษา 3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) อื่นๆที่จำเป็น	100
ส่วนที่ 2 เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะซีด - เด็กนักเรียน ม.1 (ทั้งชายและหญิง) - เด็กนักเรียน ม.4 (เฉพาะเพศหญิงเท่านั้น)	- CBC / 70 (บาท) หรือ - Hct / 30 (บาท)
ส่วนที่ 3 กรณีตรวจพบภาวะซีด (ค่า Hct <34 % Hb < 11.5 g/dL) - แจ้งผลให้ผู้ปกครองรับทราบ และให้คำแนะนำ/ส่งพบแพทย์เพื่อ ตรวจวินิจฉัยและรักษา - ให้ยาเสริมธาตุเหล็กเป็นระยะ 1 เดือน - Follow up Hct 1 ครั้ง หลังให้ยาเสริมธาตุเหล็ก 1 เดือน	100

* กรณีเจาะเลือดในเด็กต้องได้รับการอนุญาตจากพ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษรและเก็บไว้เป็นหลักฐาน*

เงื่อนไขการให้บริการ

- 1) หน่วยบริการเบิกขาดเซยได้ ๑ ครั้งต่อคนต่อปีการศึกษา
- 2) การชักประวัติ โดยพยาบาลวิชาชีพ และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค กรณีพบเป็นโรค Thalassemia หรือกลุ่มโรคเลือดอื่นๆ ไม่สามารถให้บริการคัดกรองภาวะซีดได้
- 3) เมื่อตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ ต้องติดตามเพื่อได้รับการแก้ไข
- 4) แจ้งผลการตรวจสุขภาพให้ผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน รวมทั้งคำแนะนำในการแก้ไขปัญหที่ตรวจพบ และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เด็กวัยเรียนด้วย

แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

❖ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

ตารางกิจกรรมและอัตราค่าบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก รายการกิจกรรม

รายการ	หน่วย	อัตรา ชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการ ชดเชยค่าบริการ
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา	ครั้งละ	100	คน/ปีการศึกษา
2. ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนมัธยมศึกษาที่ 1 และ 4 ส่วนที่ 1 ตรวจร่างกายพื้นฐาน ส่วนที่ 2 เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะซีด(CBC/Hct) - เด็กนักเรียน ม.1 (ทั้งชายและหญิง) - เด็กนักเรียน ม.4 (เฉพาะเพศหญิงเท่านั้น) ส่วนที่ 3 กรณีตรวจพบภาวะซีด (ค่า Hct <34 % Hb < 11.5 g/dL) - แจ้งผลให้ผู้ปกครองรับทราบ และให้คำแนะนำ/ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย และรักษา - ให้ยาเสริมธาตุเหล็กเป็นระยะ 1 เดือน - Follow up Hct 1 ครั้ง หลังให้ยาเสริมธาตุเหล็ก 1 เดือน	ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ	100 70/30 100	
3. ทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษา 3.1 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่1-2 - ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ - เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง - เคลือบหลุมร่องฟันหลังถาวร ซี่ที่ 6,7 และ 4,5 โดยวัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant)	ครั้งละ ครั้งละ ซี่ละ	100 100 250	1 ครั้ง/ปีการศึกษา 2 ครั้ง/ปีการศึกษา ตามความจำเป็น
3.2 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 - ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ - เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง - เคลือบหลุมร่องฟันหลังถาวร ซี่ที่ 6,7 และ 4,5 โดยวัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant)	ครั้งละ ครั้งละ ซี่ละ	100 100 250	1 ครั้ง/ปีการศึกษา 2 ครั้ง/ปีการศึกษา ตามความจำเป็น
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน (ให้บริการ กิจกรรมตาม P&P Itemized) 4.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่	ครั้งละ	20	ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี
4.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear	ครั้งละ	250	1 ครั้งต่อปี
4.3 การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) - คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์ - การตรวจหา Total Cholesterol , HDL, LDL ,Triglyceride	ครั้งละ ครั้งละ	100 300	1 ครั้งต่อปี
5. บริการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ	ครั้งละ	100	2 ครั้งต่อปี
6. ตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในกลุ่มผู้ขับขี่ยานสาธารณะ	ครั้งละ	310	1 ครั้งต่อคนต่อปี

หมายเหตุ : รายละเอียดแนวทางการบริการ ตามคู่มือ

- 1) แนวทางการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ฯ ปีงบประมาณ 2563 เล่ม 3
- 2) แนวทางการให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมรักษา ฯ ปีงบประมาณ 2563 เล่ม 5

การแบ่งพื้นที่การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก เป็น 6 โซน

โซน	รายชื่อเขต
1	พระนคร ดุสิต ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ ดินแดง ห้วยขวาง ราชเทวี วังทองหลาง พญาไท (9 เขต)
2	คลองเตย ปทุมวัน ยานนาวา บางนา สาทร บางคอแหลม วัฒนา บางรัก พระโขนง สวนหลวง (10 เขต)
3	บางซื่อ จตุจักร บางเขน หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม ลาดพร้าว (7 เขต)
4	คลองสามวา ประเวศ บางกะปิ มีนบุรี หนองจอก ลาดกระบัง บึงกุ่ม คันนายาว สะพานสูง(9 เขต)
5	คลองสาน ธนบุรี จอมทอง บางกอกน้อย บางพลัด บางกอกใหญ่ ตลิ่งชัน ทวีวัฒนา (8 เขต)
6	ราษฎร์บูรณะ บางแค บางขุนเทียน ภาษีเจริญ หนองแขม ทุ่งครุ บางบอน (7 เขต)
หมายเหตุ: การแบ่งโซนอ้างอิงตาม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	

เกณฑ์ของการจัดสรรพื้นที่การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ดังนี้

- 1) หน่วยบริการให้บริการ ตามแผนการบริการที่รับอนุมัติจากสำนักงาน
- 2) ให้บริการตามโซนที่กำหนด

กรณีการให้บริการข้ามโซน

- 2.1 เป็นแผนที่ไม่มีหน่วยบริการ ในโซนรับผิดชอบในการให้บริการ
- 2.2 เป็นพื้นที่หรือเขตติดต่อ หรือ ใกล้เคียงกับหน่วยบริการที่จะเข้าให้บริการ
- 2.3 ต้องเสนอแผนการจัดบริการและได้รับการอนุมัติ จาก สำนักงานฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) หน่วยบริการเสนอแผนการจัดบริการไปยังสำนักงานฯ
- 2) สำนักงานฯ สรุข้อมูล จัดสรรเป้าหมายตามพื้นที่บริการ จัดทำแผนของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) สำนักงานฯอนุมัติและแจ้งแผนการจัดบริการให้หน่วยบริการดำเนินการตามแผน
- 4) สำนักงานฯกำกับ ติดตามการดำเนินงานให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางและแผน

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

- 1) เป็นแผนการจัดบริการอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 2) กรณีให้บริการข้ามโซน สำนักงานฯ จะพิจารณาเบิกจ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการตามแผนของสำนักงานฯ
- 3) ผู้ให้บริการต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพ
- 4) ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด
- 5) บันทึกข้อมูลการบริการผ่านโปรแกรมหรือระบบรายงานที่สำนักงานฯ กำหนด

หมายเหตุ 1. มาตรการที่จะดำเนินการกับหน่วยบริการที่ไม่จัดบริการตามแผนและแนวทาง P&P เชิงรุกตามที่สำนักงานฯกำหนด

- 1.1 สำนักงานฯจะไม่จ่ายชดเชยบริการสำหรับผลงานบริการที่ลงให้บริการเชิงรุกในครั้งนั้นทั้งหมด
- 1.2 สำนักงานฯ จะดำเนินการยกเลิกไม่ให้หน่วยบริการนั้นออกให้บริการ P&P เชิงรุก ตลอด

ปีงบประมาณ 2563

2. โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแผนงาน

กิจกรรมเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามขดสิทธิประโยชน์

ลำดับ	ชื่อแผนงาน/กิจกรรม	เป้าหมาย	อัตราการ ชดเชย	หน่วยบริการที่ได้ รับ จัดสรร
1	ชดเชยเพิ่มเติมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง	1,000 คน	2,000บาท/คน	หน่วยบริการ/สถานบริการ
2	คำบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเยี่ยมติดตามที่บ้าน	5,000คน	50 บาท/คน	หน่วยบริการ/สถานบริการ
3	จ่ายเพิ่มเติมกรณีหน่วยบริการที่มีผลงานการให้บริการ PP นอก แบบมีพื้นที่รับผิดชอบเกินเป้าหมายที่กำหนด - Home Health Care - Home Visit - Health Survey	100,000ครั้ง 200,000ครั้ง 200,000ครั้ง	500บาท/ครั้ง 150บาท/ครั้ง 50บาท/ครั้ง	หน่วยบริการที่ให้บริการP&Pนอกแบบมีพื้นที่
4	ชดเชยบริการปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	6,000ครั้ง	150 บาท/คน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพ
5	ชดเชยบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นอกเวลาราชการ	1,000 ครั้ง	150 บาท/เรื่อง ที่ปรึกษา/วัน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพ
6	ชดเชยบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด	24,000 คน	50 บาท/คน	โรงพยาบาลที่มีศักยภาพ
7	การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	300 คน/แห่ง	200,000 - 400,000/แห่ง ตามระดับ คะแนน	หน่วยบริการที่มีศักยภาพผ่าน การประเมินจากสำนัก การแพทย์
8	จัดบริการกิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันกระดูกหักในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง	250 ครั้ง/แห่ง	100,000/แห่ง	

แนวทางการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ขดเชยเพิ่มเติมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง

อัตราขดเชย 2,000 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนการดูแลหญิงตั้งครรภ์กรณีความเสี่ยงสูงให้เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐาน

หน่วยที่ได้รับขดเชย โรงพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เงื่อนไขการเบิกขดเชย

- 1) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งต้องมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 2 ข้อ ดังนี้
 - 1.1 อายุ < 19 ปี และมากกว่า 35 ปีขึ้นไป
 - 1.2 ผลการคัดกรองเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยง $GCT \geq 140$ MG%
 - 1.3 ระดับความดันโลหิตสูง $SBP \geq 140$ mmHg $DBP \geq 90$ mmHg
 - 1.4 Blood group Rh Negative
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต้อง ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลนั้นๆ ต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง
- 3) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ต้องเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากโปรแกรม BPPDS/โปรแกรมของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) ขดเชยการบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

บันทึกส่งต่อผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

อัตราขดเชย 50 บาท/ครั้ง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่มีความจำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

หน่วยที่ได้รับขดเชย โรงพยาบาลที่บันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย

เงื่อนไขการเบิกขดเชย

โรงพยาบาลที่บันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับหน่วยบริการ ที่รับผิดชอบงานบริการเยี่ยมติดตามที่บ้านผ่านโปรแกรม ที่สำนักงานกำหนด

แหล่งข้อมูล โปรแกรมที่สำนักงานกำหนด

3) จ่ายเพิ่มเติมกรณีหน่วยบริการมีผลงานการให้บริการ PP นอกแบบมีพื้นที่รับผิดชอบเกินเป้าหมายที่กำหนด

อัตราชดเชย

กิจกรรมบริการ	อัตราจ่ายเพิ่มเติม (บาท/ครั้ง)	หมายเหตุ
Home Health Care	500	จ่ายเพิ่มเมื่อมีผลงานมากกว่า 300 ครั้ง/10,000 ประชากร
Home visit	150	จ่ายเพิ่มเมื่อมีผลงานมากกว่า 300 ครั้ง/10,000 ประชากร
Health survey	20	จ่ายเพิ่มเมื่อมีผลงานมากกว่า ร้อยละ 20

หน่วยที่ได้รับชดเชย หน่วยบริการที่ให้บริการ P&P นอก แบบมีพื้นที่รับผิดชอบ

เงื่อนไขการเบิกชดเชย

1) หน่วยบริการ P&P นอก ที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ครบตามเป้าหมายที่กำหนด และบันทึกการให้บริการผ่านโปรแกรม ที่สำนักงานฯ กำหนด (อ้างอิงตามแนวทางสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกหน่วยบริการ)

2) สำนักงานฯ ประมวลผลเพื่อเบิกจ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการ P&P นอกที่มีผลงานการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกินเป้าหมายที่กำหนด ตัดข้อมูล ณ วันที่ 31 กันยายน 2563

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจาก โปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด

4. ชดเชยบริการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อัตราชดเชยให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครั้งละ 150 บาท/คน/วัน

หน่วยที่ได้รับชดเชย หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รับนมแม่มากขึ้น อย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย 6 เดือน)
- 2) เพื่อให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เงื่อนไขการให้บริการ

1) มารดาหลังคลอดในเขตกรุงเทพฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัดที่พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถปรึกษาได้ทุกวัน ทั้งทางคลินิกและทางโทรศัพท์

2) มารดาทั่วไปที่พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถให้บริการปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายให้บริการปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ และเป็นสถานที่ฝึกอบรม ติวงาน

5) สร้างเครือข่ายให้บริการปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ไร้สาย และผ่านระบบจดหมาย Electronic

กิจกรรม/วิธีการดำเนินการ

1) ให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ 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) ให้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ ที่มีโปรแกรม Chat หรือ Line Official จำนวน 1 หมายเลข เปิดให้บริการทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 08.00 น.- 18.00 น. มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ให้คำปรึกษา 1 ท่าน และมีกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นที่ปรึกษาโดยให้คำปรึกษาที่ได้ก็ได้

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

5) ขดเชยบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นอกเวลาราชการ

อัตราชดเชย 150 บาท/คน/วัน

หน่วยที่ได้รับชดเชย หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ

วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล/ครอบครัว สามารถโทรศัพท์ปรึกษาปัญหา และได้รับการแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้ทันที

2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3) เพื่อลดอัตราการมานอนรักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน หรือการกลับมานอนรักษาตัวซ้ำที่โรงพยาบาล

เงื่อนไขการเบิกชดเชย

1) ให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์นอกเวลาราชการสำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษา/จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ปัญหาการดูแลทางการแพทย์ หรือการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการผิดปกติเบื้องต้น

2) ต้องมีผู้รับผิดชอบโดยพยาบาลวิชาชีพ และมีหมายเลขโทรศัพท์ ในการให้คำปรึกษาในช่วง นอกเวลาราชการ

3) ต้องมีระบบ/การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยต้องมาเข้ารับบริการฉุกเฉิน นอกเวลา

4) บันทึกการให้บริการ ผ่านโปรแกรม/ระบบที่สำนักงานกำหนด

6) ขดเชยบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิด

อัตราขดเชยบริการ 50 บาท/ราย

หน่วยที่ได้รับขดเชย

หน่วยบริการระดับโรงพยาบาล ที่มีกุมารแพทย์ปฏิบัติงานประจำ และมีความพร้อมในด้านการให้บริการ โดยมีเครื่อง pulse oximeter ที่ได้มาตรฐานสำหรับเด็กทารก

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อค้นหาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด
- 2) เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาก่อนอาการรุนแรง
- 3) เพื่อลดอัตราการตายของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง

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) รายงานเพิ่มเติมกรณีตรวจพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภายหลังเมื่อทารกกลับมาได้รับการรักษาหรือติดตาม อาการ

7) การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

จ่ายเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการบริการตามเกณฑ์คุณภาพการบริการของคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร โดยใช้เกณฑ์ที่จัดทำโดยสมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร และคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพเฉลิมพระเกียรติ 86 พรรษา พระบรมราชินีนาถ ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลในการประเมิน โดยกำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. การจ่ายตามผลการตรวจประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

ผลการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	อัตราการจ่ายเพิ่มเติม (บาท / คลินิก)
ระดับเงิน	200,000
ระดับทอง	300,000
ระดับเพชร	400,000

2. มีผลงานการให้บริการตามส่วนที่ 1 อย่างน้อย 300 ราย / ปี

8) จัดบริการกิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันกระดูกหักในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง

อัตราชดเชย จ่ายเพิ่มเติมแบบเหมาจ่าย 100,000 บาท สำหรับหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจัดบริการกิจกรรมให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันกระดูกหักในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง เช่น มีภาวะกระดูกเสื่อม เคยมีกระดูกหัก

การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. ตรวจสุขภาพทั่วไปและตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักซ้ำ
2. สอนให้ความรู้ด้านการบริหารร่างกาย และกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ
3. ติดตามประเมินผลเพื่อให้คำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขอนามัยโดยสร้างให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมด้วย

4. ในผู้สูงอายุติดตามและประเมินผล การเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมาย การจัดบริการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงอย่างน้อย 250 ครั้ง

การจ่ายชดเชยบริการ

ประมวผลทุกไตรมาส จ่ายชดเชยเมื่อหน่วยบริการมีผลงานได้ตามเป้าหมายโดยสำนักงานฯ ตัดยอดประมวผล 25 กันยายน 2563

วิธีปฏิบัติในการชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1) การให้บริการและบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ

- 1.1 ให้บริการเป็นไปตามแนวทางบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2563 ของสำนักงาน
- 1.2 บันทึกข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและทันตกรรมส่งเสริมป้องกันตามโปรแกรมและช่วงเวลาที่สำนักงานกำหนด
- 1.3 บันทึกการให้บริการในเวชระเบียนของผู้รับบริการ/สมุดทะเบียนแต่ละประเภท/เอกสารบันทึกการให้บริการ ที่มีรายละเอียดการบริการเก็บไว้ที่หน่วยบริการอย่างน้อย 5 ปี และพร้อมให้สำนักงานตรวจสอบการให้บริการของหน่วยบริการได้

2) การประมวลผลข้อมูลและจ่ายชดเชยค่าบริการของสำนักงานฯ

- 2.1 สำนักงานฯ จะดำเนินการประมวลผลข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและทันตกรรมส่งเสริมป้องกันที่ส่งผ่านโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด ทุกเที่ยงคืนของวัน หน่วยบริการสามารถดูผลการส่งรายงานได้ในเวลา 13.00 น. ของวันถัดไป
- 2.2 ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลแล้วจะตัดข้อมูลเพื่อจ่ายเงินทุกสิ้นเดือน กรณีที่ส่งข้อมูลไม่ทันช่วงเวลาตัดรอบ สำนักงานฯ จะดึงข้อมูลที่ส่งเข้ามาตัดจ่ายในรอบถัดไป สำหรับเดือนกันยายน สำนักงานฯ จะตัดข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายในวันที่ 25 กันยายน 2563 และสามารถส่งข้อมูลส่วนที่ค้างได้ตั้งแต่ 1 - 31 ตุลาคม 2563
- 2.3 หน่วยบริการ สามารถแก้ไขหรือยกเลิกข้อมูลได้ด้วยตนเอง ดังนี้
 - กรณีข้อมูลที่ไม่ผ่านการตรวจสอบ
 - กรณีผลการส่งข้อมูลผ่านการประมวลแล้ว แต่ยังไม่ได้ชดเชยค่าบริการ
- 2.4 กรณีผลการส่งข้อมูลผ่านการประมวล และชดเชยค่าบริการแล้ว หน่วยบริการไม่สามารถ แก้ไข/เปลี่ยนแปลง/ยกเลิกข้อมูลในกิจกรรมนั้นได้ และถ้าต้องการแก้ไขข้อมูลให้ทำหนังสือพร้อมแจ้งเหตุผลไปยังสำนักงานฯ เพื่อขอแก้ไขข้อมูลเท่านั้น (ตัวอย่างหนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล ตามภาคผนวก)

แนวทางการส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชย กรณีมีการให้บริการซ้ำซ้อน

ในกรณีมีการบันทึกข้อมูลบริการซ้ำซ้อนในกิจกรรมและผู้รับบริการคนเดียวกัน สำนักงานฯ ได้ประมวลผลชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการที่บันทึกข้อมูลเป็นหน่วยแรกเรียบร้อยแล้ว หากหน่วยบริการที่ 2 ต้องการขอรับการชดเชยบริการ ให้ดำเนินการดังนี้

- 1) ทำหนังสือแจ้งขอเบิกค่าชดเชยบริการ แนบเอกสาร หลักฐานการให้บริการไปยังสำนักงานฯ เพื่อประกอบการพิจารณาเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (ตัวอย่างหนังสือการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการตามภาคผนวก)
- 2) สำนักงานฯ จะดำเนินการพิจารณาและตรวจสอบข้อมูลภายใน 45 วัน หากพบว่าหน่วยบริการ และหน่วยบริการแรกยังไม่มีกรบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม สำนักงานฯ จะพิจารณาชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการ

การตรวจสอบขดเชยค่าบริการ

1) หน่วยบริการต้องเก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการในรูปแบบเอกสาร เช่น เวชระเบียน และ/หรือ ทะเบียน หลักฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบตรวจและผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง ไว้อย่างน้อย 5 ปี เพื่อรับการตรวจสอบบริการ (Clinical & Financial audit) จากสำนักงานฯตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

2) กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถจัดเตรียมข้อมูล เอกสาร หลักฐาน ที่เกี่ยวข้องได้ครบถ้วนภายในวันที่ตรวจสอบ สำนักงานฯ จะพิจารณาจากข้อมูล เอกสาร หลักฐานเฉพาะส่วนที่ปรากฏ ณ วันที่ตรวจสอบ สำนักงานฯ จะถือว่าหน่วยบริการนั้น จงใจปกปิดข้อมูล หรือให้บริการที่เป็นเท็จ สำนักงานฯจะดำเนินการเรียกเงินคืนหรือหักเงินที่จะจ่ายในงวดถัดไป และลบข้อมูลการให้บริการออกจากระบบ

ระยะเวลาการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ (อุทธรณ์เป็นเอกสาร)

ในปีงบประมาณ 2563 หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องดำเนินการอุทธรณ์ข้อมูลให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2563

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่หน่วยบริการต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมจัดบริการ

หน่วยบริการ ต้องส่งแบบตอบรับการดำเนินงานก่อนการจัดบริการ ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้

- 1) บริการคุณภาพการให้การปรึกษาโดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor)
- 2) การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า
- 3) บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก
- 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคอ้วน
- 5) การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง
- 6) กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันเชิงรุก
 - 6.1 ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)
 - 6.2 ทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา
 - 6.3 บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน
- 7) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care: HHC)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 1) หน่วยบริการ ต้องส่งแบบตอบรับการดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมายังสำนักงานฯตามช่องทางที่สำนักงานฯกำหนด
- 2) สำนักงานฯ ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามเงื่อนไขการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม
- 3) สำนักงานฯ แจ้งตอบรับให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าร่วมดำเนินงาน

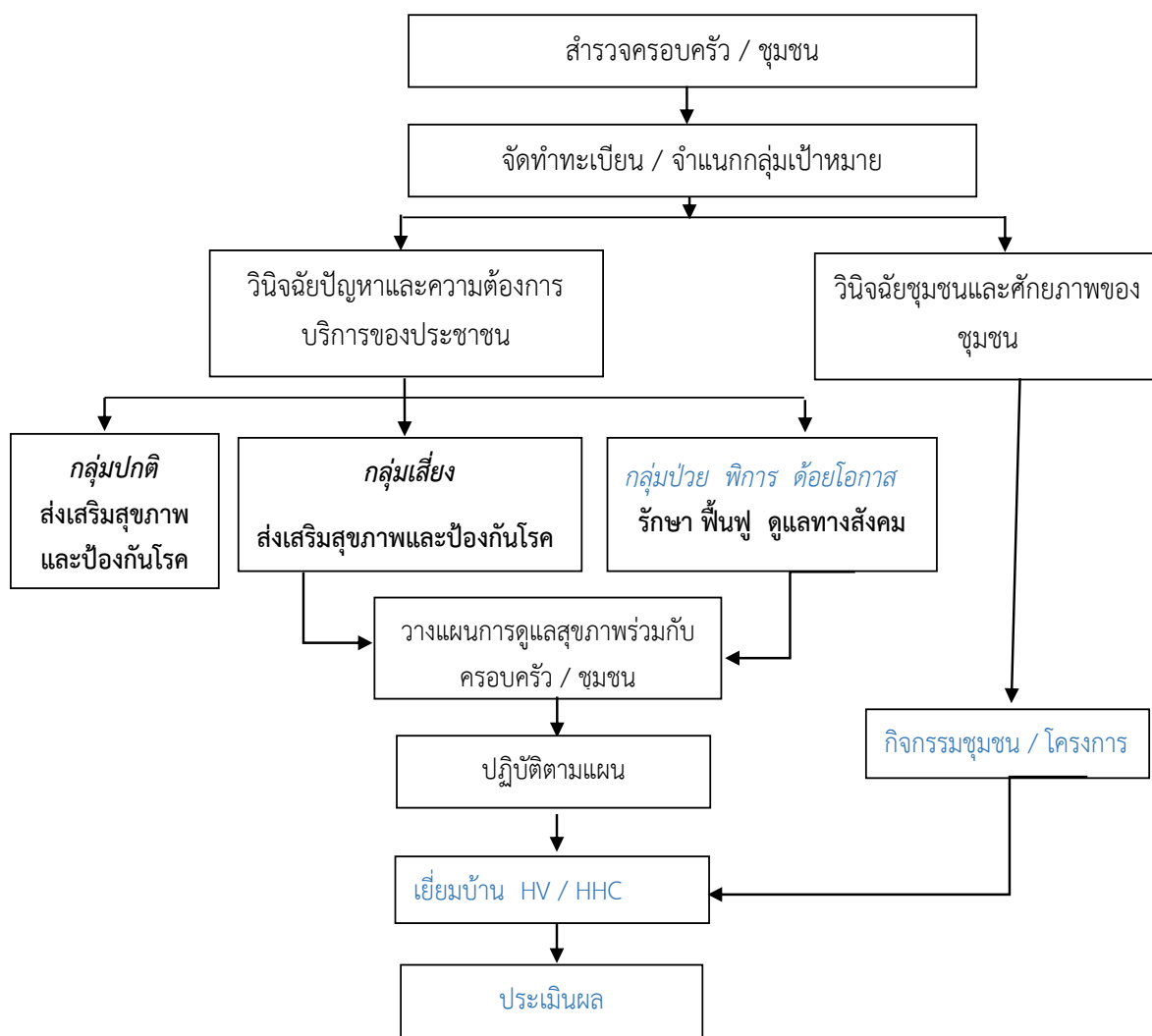
แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกหน่วยบริการ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินสถานะ/ปัญหา/พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ของบุคคลและ ครอบครัว รวมถึงความครอบคลุมสิทธิในการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงบริการ โดยจัดให้มีการสำรวจ การเยี่ยมติดตาม
- 2) เพื่อให้การดูแลสุขภาพ การพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้จัดการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง
- 3) ศึกษาปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผน แก้ปัญหา ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมความต้องการ
- 4) ติดตาม ประเมินผลและให้การดูแล/รักษาพยาบาล อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
- 5) ให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่สมาชิกของครอบครัว เพื่อสร้างพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง รวมถึงการแนะนำแหล่งบริการสาธารณสุข และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

ขั้นตอนการให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ



กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

ประชาชนไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และที่มีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม ข้าราชการ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิอื่น ๆ

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2563 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร กำหนดกิจกรรม เจื่อนใจ และอัตราชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ ดังนี้

❖ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (P&Pนอก) แบบมีพื้นที่รับผิดชอบ

กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนในพื้นที่ที่หน่วยบริการได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กิจกรรมบริการและเป้าหมาย

1) สำรวจสถานะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน

เป้าหมาย อย่างน้อยร้อยละ 20 ของประชากรที่รับผิดชอบต่อปี โดยขยายกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานะสุขภาพในแต่ละปี และต้องมีรายใหม่ออย่างน้อย 5% ยกเว้นสำรวจครบ 100% แล้ว

2) เยี่ยมบ้านและงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care)

เป้าหมาย

- Home Visit อย่างน้อย 300 ครั้ง ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนต่อปี

โดยให้บริการแก่ผู้รับบริการคนละไม่เกิน 10 ครั้ง ต่อปีงบประมาณและ

ให้บริการกับผู้รับบริการ 1 คน ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน

- Home Health Care อย่างน้อย 300 ครั้ง ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนต่อปี

เจื่อนใจการให้บริการในแต่ละกลุ่มเป็นไปตาม แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน

จำแนกตามประเภทผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

3) งานสุขศึกษาและให้คำปรึกษา (Health Education & Counseling)

4) กิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมในชุมชน เป้าหมาย มีชมรมที่ดำเนินกิจกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ชมรม ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คน

อัตราชดเชยบริการ 40 บาทต่อประชากรที่รับผิดชอบ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) Home Visit 10 บาท ต่อประชากร

2) Home Health Care 15 บาท ต่อประชากร

3) Health Survey 15 บาท ต่อประชากร

งวดการเบิกจ่าย	ผลงาน	หมายเหตุ
งวดที่ 1 ร้อยละ 50	ภายในเดือนธันวาคม 2562	ประเมินจากผลงานปี 2562
งวดที่ 2 ร้อยละ 25	เมื่อหน่วยบริการมีผลงาน Home Visit 75% ของเป้าหมาย Home Health Care 75% ของเป้าหมาย Health Survey 10% ของเป้าหมาย	กรณีผลงานไม่เป็นไปตามที่กำหนด เบิกจ่ายงบประมาณตามสัดส่วนผลงานจริง

งวดการเบิกจ่าย	ผลงาน	หมายเหตุ
งวดที่ 3 ร้อยละ 25	เมื่อหน่วยบริการมีผลงาน Home Visit 100% ของเป้าหมาย Home Health Care 100% ของเป้าหมาย Health Survey 20% ของเป้าหมาย	กรณีผลงานไม่เป็นไปตามที่กำหนด เบิกจ่ายงบประมาณตามสัดส่วนผลงานจริง

หมายเหตุ : 1) สำนักงานฯ ตัดข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายรายไตรมาส (ทุก 3 เดือน) และตัดข้อมูลปีงบประมาณ 2563 วันที่ 10 กันยายน 2563

2) กรณีผลงานที่หน่วยบริการดำเนินการได้ทั้งปี ไม่ถึง 40% ของเป้าหมายที่ได้ขดเชยบริการไปแล้ว ในงวด ที่ 1 สำนักงานฯ จะคำนวณขดเชยบริการให้ตามที่ได้ดำเนินการได้จริง และเรียกเงินคืนในส่วนที่ดำเนินการไม่ได้

3) กรณีหน่วยบริการมีผลงานเกินเป้าหมายที่กำหนด สำนักงานฯ จะจ่ายเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนดตามอัตราดังนี้

1. Home visit 150 บาท/ครั้ง
2. Home Health Care 500 บาท/ครั้ง
3. Health survey 20 บาท/ครั้ง (เฉพาะรายใหม่เท่านั้น)

❖ **แนวทางและการขดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (P&P นอก)**
แบบมีพื้นที่รับผิดชอบในรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster :PCC)

เป้าหมายหน่วยบริการ

หน่วยบริการที่เข้าร่วมให้บริการคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ในเขตพื้นที่นำร่อง

เงื่อนไขและการดำเนินงานจัดบริการ

1) ด้านพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ หน่วยบริการได้รับมอบหมายพื้นที่และประชากรไทยทุกสิทธิที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

2) ความพร้อมของบุคลากร มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหัวหน้าทีม และจัดทีมสหวิชาชีพ เพื่อดูแลประชาชน ในอัตราดังนี้

ลำดับ	วิชาชีพ	สัดส่วนบุคลากรต่อปช.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

กิจกรรมบริการและเป้าหมาย

1) สำรวจสภาวะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน

เป้าหมาย อย่างน้อยร้อยละ 20 ของประชากรที่รับผิดชอบต่อปี (2,000 คน ต่อ 10,000 ประชากร โดยขยายกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสภาวะสุขภาพในแต่ละปี และต้องมีรายใหม่อย่างน้อย 5% ยกเว้นสำรวจครบ 100% แล้ว

2) เยี่ยมบ้านและงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care)

เป้าหมาย

- Home Visit อย่างน้อย 300 ครั้ง ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนต่อปี โดยให้บริการแก่ผู้รับบริการคนละ ไม่เกิน 10 ครั้ง ต่อปีงบประมาณ ให้บริการกับผู้รับบริการ 1 คน ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน

- Home Health Care อย่างน้อย 300 ครั้ง ต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คนต่อปี เงื่อนไขการให้บริการในแต่ละกลุ่มเป็นไปตาม แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

3) งานสุขศึกษาและให้คำปรึกษา (Health Education & Counseling)

4) กิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมในชุมชน

เป้าหมาย มีชมรมที่ดำเนินกิจกรรมสุขภาพ จำนวน 1 ชมรมต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คน

5) การดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบแบบองค์รวม โดยมีการให้บริการแบบผสมผสานและเชื่อมโยงตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับผิดชอบได้รับการดูแลแบบองค์รวม ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 2 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อัตราการจ่ายชดเชย 60 บาท/ประชากร แบ่งเป็น 3 ส่วน

1. Home Visit 10 บาท ต่อประชากร
2. Home Health Care 15 บาท ต่อประชากร
3. Health Survey 15 บาท ต่อประชากร
4. บริการดูแลสุขภาพประชาชนที่รับผิดชอบแบบองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 20 บาท ต่อประชากร

การเบิกจ่ายเพื่อชดเชยบริการ

งวดการเบิกจ่าย	ผลงาน	หมายเหตุ
งวดที่ 1 ร้อยละ 50	ภายในเดือนธันวาคม 2561	ประเมินจากผลงานปี 2561
งวดที่ 2 ร้อยละ 25	เมื่อหน่วยบริการมีผลงาน 1. Home Visit 75 % ของเป้าหมาย 2. Home Health Care 75 % ของเป้าหมาย 3. Health Survey 10 % ของเป้าหมาย 4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 75 % ของผู้ป่วยที่ลงทะเบียน	กรณีผลงานไม่เป็นไปตามที่กำหนด เบิกจ่ายชดเชยบริการตามผลงานบริการจริง

งวดการเบิกจ่าย	ผลงาน	หมายเหตุ
งวดที่ 3 ร้อยละ 25	เมื่อหน่วยบริการมีผลงาน 1. Home Visit 100 % ของเป้าหมาย 2. Home Health Care 100 % ของเป้าหมาย 3. Health Survey 20 % ของเป้าหมาย 4. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 100 % ของผู้ป่วยที่ลงทะเบียน	กรณีผลงานไม่เป็นไปตามที่กำหนด เบิกจ่ายชดเชยบริการตามผลงานบริการจริง

หมายเหตุ กรณีหน่วยบริการมีผลงานเกินเป้าหมายที่กำหนด สำนักงานฯ จะจ่ายเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนดตามอัตราดังนี้

1. Home visit 150 บาท/ครั้ง
2. Home Health Care 500 บาท/ครั้ง
3. Health survey 20 บาท/ครั้ง
4. การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว 1,500 บาท/คน

(บริการเยี่ยมบ้านและงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit Home Health Care) ต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ครั้ง โดยผลงานไม่ซ้ำกับข้อ 1 และ ข้อ 2)

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน : Home Health Care

Home Health Care : HHC หมายถึง การจัดการบริการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทีมสุขภาพ (สหวิชาชีพ) แก่ผู้ป่วย ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งทางกายจิตใจสังคมตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว ประเภทของหน่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care แบ่งได้ดังนี้

- 1) หน่วยบริการ ให้บริการเฉพาะ Home Health Care สามารถให้บริการหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตนเอง
- 2) หน่วยบริการให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง เช่น ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ฯลฯ

คุณสมบัติของหน่วยบริการ ที่ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) พื้นที่กรุงเทพมหานคร

คุณสมบัติ	รายละเอียด
1. โครงสร้างทางกายภาพ	1. เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชน ต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเท่านั้น 2. มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตรากำลัง ผังการปฏิบัติงาน เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นปัจจุบัน 3. บุคลากรในงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน สาขาวิชาชีพต่างๆ มีการระบุชื่อ 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 ซึ่งต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยวิชาชีพใดนั้น ต้องมีความจำเป็นตรงตามสภาพปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ภายใต้เกณฑ์และมาตรฐานการเยี่ยมบ้านของวิชาชีพนั้นๆ 3. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องมีความเข้าใจนโยบาย สิทธิประโยชน์ แนวทางการดำเนินงาน และขอบเขตความรับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านและดูแลสุขภาพที่บ้าน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4. วางแผนการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพและดูแลผู้ป่วยโดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือดูแลแบบองค์รวม (Patient center & Holistic care)
3. เครื่องมือวัสดุ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และพาหนะเดินทาง	- มีตู้ / อุปกรณ์สำหรับจัดเก็บเอกสาร อุปกรณ์การเยี่ยมบ้านที่ครบถ้วนและพร้อมใช้ - จัดให้มีพาหนะที่เพียงพอและพร้อมใช้ในการออกเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - <u>อุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน</u> อย่างน้อยต้องประกอบด้วย 1. กระเป๋า หรือกล่องสำหรับใส่อุปกรณ์ 2. เครื่องวัดความดันโลหิต 3. หูฟัง (Stethoscope) 4. ชุดทำแผลปราศจากเชื้อพร้อมเวชภัณฑ์ 5. ชุดทำความสะอาดมือ 6. พรอทวัดไข้ 7. ถุงมือ Disposable

คุณสมบัติ	รายละเอียด
4.การบันทึกผลการปฏิบัติงาน	- มีแบบบันทึกต่าง ๆ ได้แก่ ทะเบียนการเยี่ยม แพ้มประวัติสุขภาพ แผนการเยี่ยม และแบบบันทึกผลการให้บริการ - มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการ* ได้แก่ - ปัญหาสุขภาพ ของผู้ป่วย ความจำเป็นในการเยี่ยม - ผลการเยี่ยม ติดตามภาวะสุขภาพ - แผนการเยี่ยมครั้งต่อไป / การดูแลต่อเนื่อง ตามปัญหาสุขภาพ - การส่งต่อ / การตอบกลับข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง - การสรุปรายงานผลปฏิบัติงานรายปี

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

2) กรณีเกินระยะเวลา 7-15 วันนับจากวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ให้หน่วยบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน 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 อาการของโรคไม่ตอบสนองการรักษาที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นต้น

อัตราชดเชยบริการ 400 - 1,000 บาท / ครั้ง ตามประเภทผู้ป่วย

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1) การขอชดเชยค่าบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)

1.1 ขอชดเชยบริการได้ ไม่เกิน 10 ราย ต่อผู้ให้บริการ 1คน/วัน

1.2 ขอชดเชยบริการสำหรับผู้รับบริการ 1 คน ไม่เกิน 1ครั้ง/วัน

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

3) หน่วยบริการเฉพาะ Home Health Care ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยกรณีที่ค้นหาผู้ป่วยจากชุมชนได้ ยกเว้น ผู้ให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง

4) หน่วยบริการให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง ต้องส่งข้อมูลผู้ป่วยและการให้บริการให้กับหน่วยบริการแบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (PPนอก)

5) กรณีผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีความจำเป็นต้องเยี่ยมติดตามที่บ้าน หน่วยบริการที่เยี่ยมก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องทำการยุติการเยี่ยมในโปรแกรม EHHC ก่อน เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถสร้างข้อมูลผู้ป่วยและวางแผนการเยี่ยมครั้งใหม่ได้

6) บันทึกขอเบิกค่าชดเชยค่าบริการ ผ่านโปรแกรม E-HHC

แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

ลำดับที่	ประเภทผู้รับบริการ	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ.HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
1	กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable) 1.1 กลุ่มผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงมากใช้เวลาในการดูแลเพียงช่วงระยะสั้น	จำนวนการเยี่ยม 1-2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใน 7 วันหลังจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้ง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้เน้นการเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้วไม่เกิน 4 ครั้ง	● Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) ● Family Assessment and Intervention ● Home and Environment Assessment and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ของครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น ๆ) ● ให้ความรู้ในเรื่องโรค/การเจ็บป่วยและการดูแลตนเองเพิ่มเติม ● ให้การพยาบาล / Health Promotion ฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลตนเอง เช่น การทำแผล การสอนสาธิตวิธีการฉีดยาอินซูลิน เป็นต้น ● ให้การปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง	400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	
		** กรณีผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะมีการFollow up ทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง (ไม่สามารถนำมาเบิกชดเชยได้)				

แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
1 (ต่อ)	1.2 หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดที่มี ภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ที่ยังคุมไม่ได้ มีภาวะ Postpartum blue ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น	จำนวนการเยี่ยม 1-2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องให้การ ดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่ง ต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบ วางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อ กับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุด เท่าที่จะทำได้ภายใน 7 วันหลังออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมตามเกณฑ์การ ดูแลมารดาและทารก - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับ การเยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและ ทารก	- ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeed) อย่าง ต่อเนื่องนาน 6 เดือน - เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับ ภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือด หลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการ วางแผนครอบครัวในมารดาหลังคลอด	400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	
	1.3 มารดาทารกหลังคลอด ติดตาม การเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeed) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคใน เด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือด หลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัว ในมารดาหลังคลอด	จำนวนการเยี่ยม 1-2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องให้การ ดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่ง ต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบ วางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อ กับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุด เท่าที่จะทำได้ภายใน 7 วันหลังออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมตามเกณฑ์การ ดูแลมารดาและทารก - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับ การเยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและ ทารก	- ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeed) อย่าง ต่อเนื่องนาน 6 เดือน - เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับ ภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือด หลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการ วางแผนครอบครัวในมารดาหลังคลอด	400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
2	กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic)และไม่สามารถควบคุมอาการได้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรค เลือดบางชนิด ที่มีปัญหาในการปฏิบัติ ตน ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	จำนวนการเยี่ยม 1-3 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 กรณีมีปัญหา หรือตามความ จำเป็น ในแต่ละราย - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่ง ต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รับ วางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อ กับหน่วยบริการตามพื้นที่ ก่อนจำหน่าย เพื่อ ผู้รับบริการจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็ว ที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง และควรปิด Case - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับ การเยี่ยมรวมกับที่ รพ.เยี่ยมแล้วไม่เกิน 6 ครั้ง	● Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) ● Family Assessment and Intervention ● Home and Environment Assessment and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ของ ผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแลที่อยู่ อาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น ๆ ● ฝึกทักษะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น การ ฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารยา การออกกำลังกาย บำบัด หรืออื่น ๆ ที่เหมาะสมกับ การเจ็บป่วย เป็นต้น ● ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการ เจ็บป่วยของทั้งผู้ป่วยผู้ดูแล และครอบครัว ● ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเอง ● ให้ความรู้ การปรึกษา เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เช่น ในผู้ป่วย ที่มีความดันโลหิตสูง ● ประสานกับทางโรงเรียนเพื่อพบกับครูประจำชั้น/ ครูห้องพยาบาล เพื่อให้ข้อมูล ความรู้และแนว ทางการดูแลผู้ป่วย ● Health promotion and complication Prevention ● ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ หน่วยบริการที่รับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพัก อาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง อาจจำเป็น ต้อง ประสานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้การดูแล ตนเองเป็นไปได้อย่างเหมาะสม	600 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	ต้องมีการสอน ให้ดูแลตนเอง

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
3	กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability) ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ใส่ NG 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. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รับวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อ กับหน่วยบริการตามพื้นที่ ก่อนจำหน่าย เพื่อผู้รับบริการจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง ต่อปีและควรปิด เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรและพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นำการเยี่ยมรวมกับที่ รพ. เยี่ยมแล้ว ไม่เกิน 6 ครั้ง / ปี (หากจำเป็น อาจไม่ต้องปิด Case ได้)	- 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 ชนิดที่จำเป็น และเพิ่มทักษะการใช้ใช้อุปกรณ์นั้น ๆ ให้สามารถใช้งานได้ - ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของทั้งผู้รับบริการและผู้ดูแล - ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ให้ข้อมูล ความรู้ ในการดูแลตนเอง และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแล โดยใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาล เช่นการสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย - การให้การปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดกลุ่มการดูแล ตนเอง (เช่น ผู้ป่วย CP, DM, Dementia group) เป็นต้น - 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)	800 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	เนื่องจากต้องมีการฝึก Care giver

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
3 (ต่อ)				● ให้การพยาบาลในเรื่องต่างๆ ตามปัญหาที่ประเมินได้ ● ฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การสอนสาธิตการใส่สาย NG tube feeding, Gastrostomy tube feeding, การใช้ Oxygen Concentrator, Aerosol therapy, การใช้ Walker, Wheel chair, การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น ● ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ หน่วยบริการที่รับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง อาจจำเป็น ต้องประสานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างเหมาะสม		
4	กลุ่มผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (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 เมื่อประเมินพบปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อนในการดูแล และหรือปัญหาครอบครัว ที่มีผลกระทบต่อการดูแล อาจจะ ต้องหาแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือครอบครัว ในวาระที่จำเป็น -หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง ให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 12 ครั้ง ต่อปีและควรปิดCase - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.ให้นับ การเยี่ยมรวมกับที่ 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 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมอื่นๆ) ● ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บาง ชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้น ๆ ให้สามารถใช้งานได้ ● ประเมินการเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล	1,000 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	ต้องมีการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชุดเวช บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
4 (ต่อ)		*กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รับ วางแผนการจำหน่ายและประสานการ ส่ง ต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วย เพื่อผู้รับบริการจะได้รับการเยี่ยมครั้ง แรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล		- ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเอง และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ - ให้ข้อมูล ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาล - ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง		
5	กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill with independent/partial dependent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้	จำนวนการเยี่ยม ไม่เกิน 10 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2, 3, 4, 5 สัปดาห์ที่ 2, 3, 4, 5 ครั้งที่ 6 -10 ตามความจำเป็น * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รับ วางแผนการจำหน่ายและประสานการ ส่ง ต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรก เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรเกิน 7 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 10 ครั้ง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้นับ การเยี่ยมรวมกับที่ รพ. เยี่ยมแล้วไม่เกิน 10 ครั้ง	- Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) - Family Assessment and Intervention Home, Environment Assessment, and Community resources (ประเมินความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล ผู้ดูแลที่จ้าง) และครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมอื่นๆ) - ประเมินความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - เตรียมความพร้อม ของผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ - ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย/ผู้ดูแล (ญาติผู้ดูแล และผู้ดูแลที่จ้างมา) และครอบครัว และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกัน - ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ ให้สามารถใช้งานได้	1,000 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	ต้องใช้การดูแลเฉพาะทางและต้องดูแลแบบ Holistic Care

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
5 (ต่อ)				● ให้ความรู้การบริหารจัดการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน(เช่นการแจ้งความตาย พิธีกรรมต่างๆ และการจัดการกับงานศพ ฯลฯ) - Care after death ในครอบครัวและญาติให้พร้อมรับสภาพการสูญเสีย ● อื่น ๆ		
6	กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special Group) เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากมีปัญหาทางจิต สังคม เศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำเสื่อม เด็กออทิสติก Down syndrome ผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/Aids เป็นต้น	จำนวนการเยี่ยม 1-6 ครั้ง ตามความจำเป็น หากเป็นกรณีพิเศษเช่น ผู้ป่วยจิตเวช การติดตามพัฒนาการในเด็ก หรือผู้รับบริการที่ต้องใช้ผู้เยี่ยมที่มีประสบการณ์เฉพาะ อาจไม่ต้องส่งต่อโดยเยี่ยมเฉลี่ย 1 ครั้ง ต่อ เดือน ไม่เกิน 12 ครั้ง / ปี ครั้งที่ 1 ไม่เกิน 1 เดือนหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2, 3 อาจต้องประสานกับหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อวางแผนและประเมินการเยี่ยมร่วมกัน ก่อนส่งต่อให้กับหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ เนื่องจากเป็นกรณีที่กิจกรรมการดูแลต้องใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมเฉลี่ย 1 ครั้ง ต่อเดือน 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

- กรณีที่ประเมินสถานะผู้ป่วยหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้ว ให้ดำเนินการยุติการเยี่ยม ผ่าน โปรแกรมที่สำนักงานฯกำหนด**
- กรณีที่ประเมินสถานะผู้ป่วยหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ให้ดำเนินการส่งต่อให้ หน่วยบริการ PPนอก (มีพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ) ทันที เพื่อดำเนินการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านต่อไป
- กรณีประเมินสถานะผู้ป่วยแล้ว พบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านเกินจำนวนที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม และหน่วยบริการต้องการขอเบิกชดเชยบริการให้บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมตามปกติและทำหนังสือขออุทธรณ์ชดเชยค่าบริการมายังสำนักงาน

โรงพยาบาลและหน่วยบริการที่มีพื้นที่

- กรณีประเมินสถานะผู้ป่วยแล้ว พบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านเกินจำนวนที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม และหน่วยบริการต้องการขอเบิกชดเชยบริการให้บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมตามปกติและทำหนังสือขออุทธรณ์ชดเชยค่าบริการมายังสำนักงาน

ยุติการเยี่ยม ผ่าน โปรแกรมที่สำนักงานฯกำหนด** มีสาเหตุ ดังนี้

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

ภาคผนวก

ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และหนังสือคู่มือ DSPM ประจำปีงบประมาณ 2563

กรณีที่ 1 การเบิกปกติ ในช่วงต้นปีงบประมาณ

- สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการสามารถติดต่อรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) และ หนังสือคู่มือ DSPM ได้ที่ สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยให้ดำเนินการติดต่อประสานก่อนล่วงหน้า เพื่อความพร้อมในการจัดเตรียม

- ติดต่อได้ที่
 1. นางสาวกรรณิการ์ เจริญจิตร
 2. น.ส.ลักขมี มณีวงศ์

ที่อยู่ **สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข**

๑๘ ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กทม.10220

หมายเลขโทรศัพท์ 02-521-6550-2 ต่อ 405,406

โทรสาร 02-551-3610

Email: mchbkk13@hotmail.com

*****กรุณานำเอกสารใบแจ้งยอดไปในวันนัด เพื่อรับสมุดสีชมพู**

กรณีที่ 2 กรณีที่สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) หมดก่อนปีงบประมาณ

➤ ติดต่อ – สอบถามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ที่ คุณสุนิษา แสงสมสวัสดิ์

โทรศัพท์ 02-142-0935 (กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยให้ติดต่อประสานก่อนล่วงหน้า เพื่อการจัดเตรียม)

*****หมายเหตุ**

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยจำนวนในการจัดเตรียมให้แต่ละหน่วยบริการจะพิจารณาจาก

1. แบบสอบถามความต้องการเบิกจากหน่วยบริการ
2. ยอดการให้บริการ ANC จริง ในปีงบประมาณก่อนหน้า เช่น ขอเบิกในปีงบประมาณ 2562 จะใช้ยอด ANC ของปีงบประมาณ 2561 เป็นฐานข้อมูลการเบิก โดยอ้างอิงข้อมูลจากโปรแกรมที่บันทึกข้อมูลของ สปสช. เขต 13 กทม.
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขเบิกตรงกับสำนักอนามัยเช่นเดิม

(ตัวอย่าง)
แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

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

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กลุ่ม High Risk

1. ☐ อายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ในวันกำหนดคลอด (EDC)
 2. ☐ มีประวัติน้ำตาลผิดปกติมาก่อนตั้งครรภ์ / เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ / เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน
 3. ☐ มีพ่อแม่ พี่น้องท้องเดียวกัน เป็นโรคเบาหวาน
 4. ☐ มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม
 5. ☐ มีประวัติความผิดปกติทางสุติกรรมในครรภ์ก่อน เช่น พิกการโดยกำเนิด 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 ตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรก ถ้าผลปกติ ให้นัดทำ 50 gm GCT ซ้ำที่อายุครรภ์ 24 -28 wk ถ้าผิดปกติให้ทำ OGTT ในสัปดาห์ต่อไป
- ถ้าไม่เข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งเลย → ให้ข้ามไปถามต่อในข้อ Low Risk

กลุ่ม Low Risk

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

สรุปหญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็น

- ☐ **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%

การแปลผล

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

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) | ☐ โรคเกาต์ (Gout) |
| ☐ ไตวายเรื้อรัง (CRF) | ☐ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) | ☐ เส้นเลือดสมอง (Stroke) |
| ☐ ถุงลมโป่งพอง (COPD) | ☐ ไม่ทราบ | ☐ อื่นๆระบุ..... |

1.2 พี่น้อง (สายตรง) ของท่านมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ เบาหวาน (DM) | ☐ ความดันโลหิตสูง (HT) | ☐ โรคเกาต์ (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 ผลที่เท้า/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 คัดตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.15 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย ☐ มี ☐ ไม่มี
- 2.16 ขาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ ☐ มี ☐ ไม่มี

3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร

- ☐ รับการรักษาอยู่/ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ
- ☐ รับการรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ
- ☐ เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ☐ สูบ จำนวนมวน/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

- ☐ ออกกำลังกายทุกวัน ครั้งละ 30 นาที
- ☐ ออกกำลังกายสัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ☐ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สม่ำเสมอ
- ☐ ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 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 FBSmg% <u>หรือ</u> Post prandial blood sugar.....mg% (หลังรับประทานอาหาร.....ซม.)		

สรุปผลการตรวจคัดกรองยืนยัน

- ☐ ไม่พบความเสี่ยง
- ☐ พบความเสี่ยงเบื้องต้นต่อโรค ☐ DM ☐ HT ☐ Stroke ☐ Obesity

9.กรณีผู้รับบริการ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่าBMIมากกว่า 25 กก² ดำเนินการตรวจ

Lipid profile ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|--|
| ☐ ตรวจ | ☐ ไม่ตรวจ |
| Total Cholesterol ผล.....mg/dl | ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ |
| HDL ผล.....mg/dl | ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ |
| LDL ผล.....mg/dl | ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ |
| Triglyceride ผล.....mg/dl | ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ |

การดำเนินงาน

- ☐ ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ และตรวจคัดกรองซ้ำทุก 1 ปี
- ☐ ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อกลุ่มโรค Metabolic และแนะนำเข้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ☐ ส่งต่อเพื่อรักษา

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

เกณฑ์การพิจารณาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic

1. โรคเบาหวาน (DM)

1. ประวัติการเจ็บป่วยหรือต้องพบแพทย์ ด้วยโรคหรืออาการ

โดยมีอาการ 2 ข้อ

ร่วมกับ a) หรือ b) ข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

a) FBS 100-125 mg% b) Post prandial blood sugar 140-199 mg/dl

2. โรคความดันโลหิตสูง (HT)

1.ประวัติพ่อ-แม่ หรือ พี่-น้อง เป็น HT

2.ไขมันในเลือดผิดปกติ

3. BMI $\geq$ 25 (23 women) หรือ

เส้นรอบเอว $\geq$ 36 นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย

เส้นรอบเอว $\geq$ 32 นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง

4.ความดันโลหิต (ค่าเฉลี่ย) :- Systolic $\geq$ 130 - 139 มิลลิเมตรปรอท หรือ
Diastolic $\geq$ 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 $\geq$ 25 (23 women) หรือ

เส้นรอบเอว $\geq$ 36 นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย

เส้นรอบเอว $\geq$ 32 นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง

4. ความดันโลหิต :- อายุ < 40 ปี BP > 130/80
อายุ $\geq$ 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)

เส้นรอบเอว $\geq$ 36 นิ้ว(90ซม.) สำหรับผู้ชาย

เส้นรอบเอว $\geq$ 32 นิ้ว(80ซม.) สำหรับผู้หญิง

แบบประเมินความสามารถการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ
Barthel Activities of Daily Living : ADL

ชื่อ- สกุล วดป ที่ประเมิน.....

กิจวัตรประจำวัน	คะแนน
1) Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1 คะแนน ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	
2) Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชม.ที่ผ่านมา) 0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ 1 คะแนน ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3) Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 0 คะแนน ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมามีจะนั่งอยู่ได้ 2 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัยตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ 3 คะแนน ทำได้เอง	
4) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) 0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
5) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 0 คะแนน เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1 คะแนน ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้ 2 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	

กิจวัตรประจำวัน	คะแนน
6) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 0 คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย 1 คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2 คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7) Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) 0 คะแนน ไม่สามารถทำได้ 1 คะแนน ต้องการคนช่วย 2 คะแนน ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8) Bathing (การอาบน้ำ) 0 คะแนน ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 คะแนน อาบน้ำเองได้	
9) Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ	
10) Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) 0 คะแนน กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1 คะแนน กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2 คะแนน กลั่นได้เป็นปกติ	
คะแนนรวม	

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

คะแนนรวม ≥ 12 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้
 คะแนนรวม 5-11 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง
 คะแนนรวม ≤ 4 คะแนน เป็น กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

อ้างอิง : แนวทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็น เหมาะสมสำหรับประชาชน กระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุนด้วย Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA)

ชื่อ- สกุล วดป ที่ประเมิน.....

อายุ(ปี)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)										
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
40-44											
45-49											
50-54											
55-59							ความเสี่ยงต่ำ				
60-64											
65-69											
70-74				ความเสี่ยงปานกลาง							
75-79											
80-84											
85-89		ความเสี่ยงสูง									
90-94											
95-99											

โดยสูตรในการคำนวณความเสี่ยง OSTA นั้นเท่ากับ

$$0.2 \times (\text{น้ำหนักตัว} - \text{อายุ})$$

ผลลัพธ์ที่ได้ให้ตัดจุดทศนิยมออก โดยอายุใช้หน่วยใช้เป็นปี น้ำหนักตัวใช้หน่วยเป็นกิโลกรัม

การแปลผล

OSTA index น้อยกว่า -4 หมายถึง ความเสี่ยงสูง
ระหว่าง -4 ถึง -1 หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง
มากกว่า -1 หมายถึง ความเสี่ยงต่ำ

ที่มา: ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคกระดูกพรุน พ.ศ. 2553

แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Modified IQ code)

ชื่อ-สกุล วดป ที่ประเมิน.....

อาการของผู้สูงอายุ	การเปลี่ยนแปลงระหว่าง 10 ปีที่แล้วกับปัจจุบัน				
	ดีขึ้นมาก	ดีขึ้นเล็กน้อย	ไม่เปลี่ยนแปลง	แย่ลงเล็กน้อย	แย่ลงมาก
1. ความจำในรายละเอียดของคนในครอบครัวหรือญาติเกี่ยวกับอาชีพ ที่อยู่ ถ้าเมื่อ 10 ปีที่แล้วจำได้ดี แต่ตอนนี้จำไม่ได้เลย ให้ถือว่าแย่ลงมาก แต่ถ้า 10 ปีที่แล้วจำไม่ได้เลย ตอนนี้จำได้บ้าง ถือว่าดีขึ้นเล็กน้อย					
2. จำได้ว่าตอนนี้พักอาศัยอยู่ที่ไหน					
3. ทราบเหตุการณ์ที่สำคัญในอดีต					
4. ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน					
5. สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทั่วไป					
6. สามารถที่จะเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับให้เหตุผลในสิ่งนั้นได้					
7. สามารถเดินทางกลับไปกลับ สถานที่ที่คุ้นเคยได้โดยลำพัง					
8. สามารถทำงานที่เคยทำ					

การให้คะแนน

- ดีขึ้นมาก = 1 คะแนน
 ดีขึ้นเล็กน้อย = 2 คะแนน
 ไม่เปลี่ยนแปลง = 3 คะแนน
 แย่ลงเล็กน้อย = 4 คะแนน
 แย่ลงมาก = 5 คะแนน

การพิจารณา

คะแนนรวมจาก 8 ข้อ หากด้วย $8 \geq 3.44$ คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสมองเสื่อมให้ทำการประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมอง MMSE Thai 2002

แบบทดสอบ TMSE TMSE (Thai Mental state Examination)

วัน/เดือน/ปี.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ อายุ ปี เพศ.....

HN โรงพยาบาล.....

แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของ สมรรถนะความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมรรถนะความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

Question

Points

1. Orientation (6คะแนน)

วัน, วันที่, เดือน, ช่วงของวัน 4

ที่ไหน 1

ใคร (คนในภาพ) 1

2. Registraion (3 คะแนน) บอกของ 3 อย่างแล้วให้พูดตาม

ต้นไม้ รถยนต์ มือ 3

3. Attention (5 คะแนน) ให้บอกวันย้อนหลัง วันอาทิตย์ วันเสาร์

ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์ 5

4. Calculation (3 คะแนน) 100-7ไปเรื่อย 3 ครั้ง

100 93 86 79 3

5. Language (10 คะแนน)

5.1 ถามว่าสิ่งนี้เรียกว่าอะไร (นาฬิกา, เสื้อผ้า) 2

5.2 ให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” 1

5.3 ทาตามคา (3 ขั้นตอนบอกทั้งประโยคพร้อมๆ กัน)

หยิบกระดาษด้วยมือขวา 1

พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น 1

แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ 1

5.4 อ่านข้อความแล้วทำตาม “หลับตา” 1



5.5 วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง 2

5.6 กลัวยกกันสั้เหมือนกันคือ (เป็นผลไม้)

แมวกับหมาเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต) 1

6. Recall (3 คะแนน)ถามของ 3 อย่างที่ให้ทำตามข้อ 2

ต้นไม้ รถยนต์ มือ 3

ภาวะสมองเสื่อม คะแนน ≤ 23

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินโภชนาการ

ชื่อ- สกุล วดป ที่ประเมิน.....

คำถาม	คะแนน
1) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่ 0 คะแนน ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก 1 คะแนน ความอยากอาหารลดลงปานกลาง 2 คะแนน ความอยากอาหารไม่ลดลง	
2) ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก) 0 คะแนน น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม 1 คะแนน ไม่ทราบ 2 คะแนน น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม 3 คะแนน น้ำหนักไม่ลดลง	
3) สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่ 0 คะแนน นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 1 คะแนน ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง 2 คะแนน เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
4) ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่ 0 คะแนน มี 2 คะแนน ไม่มี	
5) มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่ 0 คะแนน ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง 1 คะแนน ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 คะแนน ไม่มีปัญหาทางประสาท	
6) ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)²] 0 คะแนน BMI น้อยกว่า 19 1 คะแนน BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 2 คะแนน BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 3 คะแนน BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	
คะแนนรวม	

การพิจารณา(คะแนนเต็ม 14 คะแนน)

คะแนนรวม 12-14 คะแนน	แสดงว่า มีภาวะโภชนาการปกติ
คะแนนรวม 8-11 คะแนน	แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
คะแนนรวม 0-7 คะแนน	แสดงว่า มีภาวะขาดสารอาหาร

ประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม

ชื่อ- สกุล วดป ที่ประเมิน.....

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การพิจารณา

ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าปกติ

ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ให้ทำการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

(ตัวอย่าง) หนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล/หนังสือนำส่ง

หนังสือเลขที่.....

ชื่อหน่วยบริการ.....

รหัสสถานพยาบาล (5 หลัก).....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล/ส่ง.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. รายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล/ส่ง จำนวน.....แผ่น

2. ซีดีรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล จำนวน.....แผ่น

3.จำนวน.....แผ่น

.....

จึงเรียนมาเพื่อ.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้ประสาน.....

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

(ตัวอย่าง) สรุปรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล.....

ชื่อคลินิก รหัสสถานพยาบาล(มี 5 หลัก)

ลำดับ	เลขบัตรประจำตัว ประชาชน (13หลัก)	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	สิทธิ การ รักษา	วันที่ให้บริการ	วันที่บันทึกข้อมูล ในโปรแกรม	รายละเอียดของกิจกรรมขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล
1	1111111111111	สุดใจ ฟ้าใส	16	UC	1/10/2017	5/10/2017	ฝากครรภ์ครั้งที่ 1
2	2222222222222	ขยัน ชื่อสัตย์	6	SSS	24/02/2018	28/02/2018	คัดกรองความเสี่ยงฯ
3	1122334455667	เขียว เหลืองอ่อน	59	OFC	16/08/2018	18/08/2018	ตรวจสอบสุขภาพช่องปากฯ

(ตัวอย่าง) หนังสือการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ

หนังสือเลขที่.....

ชื่อหน่วยบริการ.....

รหัสสถานพยาบาล 5 หลัก.....

ที่อยู่.....

.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอรุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการกิจกรรม.....

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/สถานพยาบาลที่เข้าซื้อ	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 ชื่อสัตย์	6	SSS	24/02/2018	28/02/2018	คลินิก.....	081 123 4567	คัดกรองความเสี่ยงฯ	50
3	1122334455667	เขี้ยว เหลืองอ่อน	59	OFC	16/08/2018	18/08/2018	ศูนย์บริการฯ...	02 222 3355	ตรวจสุขภาพช่องปากฯ	100
รวมเป็นเงิน										1,350

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดมีการจัดบริการจริงทุกประการ และได้เก็บหลักฐานรายละเอียดการจัดบริการไว้ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ 1 ตุลาคม 2562

แบบฟอร์มการสำรวจข้อมูลที่พักอาศัย	
รหัสประจำบ้าน (House ID).....	
*ชื่อหน่วยบริการที่สำรวจ	
* วันที่สำรวจ :/...../..... * ชื่อผู้สำรวจ.....ตำแหน่ง.....	
* บ้านเลขที่ : ชื่อที่อยู่..... หมู่..... ซอย..... แยก..... * ถนน..... * แขวง..... * เขต.....	
* รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....	
*พิกัดบ้านLatitude/Longitude.....	
รายละเอียดที่พักอาศัย	
ลักษณะบ้าน	☐ 1.บ้านเดี่ยว ☐ 2.ทาวน์เฮาส์/ทาวน์โฮม ☐ 3.ห้องชุด คอนโดมิเนียม ☐ 4.อพาทเมนต์/แฟลต/หอพัก ☐ 5.บ้านพักคนงาน ☐ 6.ศาสนสถาน ☐ 7.อาคารพาณิชย์/ตึกแถว ☐ 8.อื่นๆ ☐ 9. ไม่ทราบ
ประเภทที่อยู่อาศัย	☐ 1.ของตนเอง ☐ 2.เช่า(ที่ดิน/บ้าน) ☐ 3.ห้องแบ่งเช่า ☐ 4.อาศัยผู้อื่น ☐ 5.หน่วยงานจัดให้ ☐ 6.บ้านบุกรุก ☐ 7.ที่ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ☐ 8.ไม่ทราบ
การใช้ประโยชน์	☐ 1.ที่พักอาศัย ☐ 2.สถานประกอบการ ☐ 3.ที่พักอาศัยและสถานประกอบการ
* จำนวนคนที่อาศัยจริง:.....คน	
สถานประกอบการ (ระบุเพิ่มเติมกรณีเลือกการใช้ประโยชน์เป็นสถานประกอบการหรือที่พักอาศัยและสถานประกอบการ)	
ประเภทสถานประกอบการ:	☐ 1. แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ ระบุ..... ☐ 2. แหล่งเฝ้าระวังด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม ระบุ..... ☐ 3. แหล่งที่พักอาศัย ระบุ..... ☐ 4. แหล่งชุมชน/ตลาด ระบุ.....
ชื่อสถานประกอบการ :	
จำนวนประชากรที่อยู่ในสถานประกอบการ.....คน ชื่อผู้ติดต่อ.....เบอร์โทร.....	
เคยเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	☐ ไม่เกิด ☐ เกิด ระบุ.....
โรคจากการทำงาน :	☐ ไม่เกิด ☐ เกิด ระบุ.....
พบบ้าน แต่สำรวจข้อมูลไม่ได้ สาเหตุ :	
☐ 1. ไม่มีผู้อยู่อาศัย ☐ 2. บ้านปิด ☐ 3. ไม่ให้ความร่วมมือ	
ไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจาก :	
☐ 1. มีผู้มาปฏิบัติงานในสถานประกอบการ แบบไปกลับไม่พักค้าง เช่น คนงานในโรงงาน/บริษัท ☐ 2. มีผู้ที่อาศัยในอาคารอยู่ร่วมกันจำนวนมาก เช่น แฟลต คอนโดมิเนียม ☐ 3. พบบุคคลแต่ปฏิเสธการให้ข้อมูลสุขภาพครอบครัว	
หมายเหตุ ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล ☐ เลือกได้ 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 6-24 ปี ☐ กลุ่ม 4 ผู้ใหญ่ 25 ปี - 59 ปี ☐ กลุ่ม 5 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ☐ กลุ่ม 6 กลุ่มคนพิการ			
กลุ่ม 1 หญิงตั้งครรภ์			
ฝากครรภ์ครั้งแรก	☐ ก่อน 12 สัปดาห์	☐ หลัง 12 สัปดาห์	☐ ไม่ได้ฝากครรภ์
สถานที่ฝากครรภ์ครั้งแรก	☐ คลินิกชุมชนอบอุ่น	☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข	☐ อื่นๆ ระบุ.....
	☐ โรงพยาบาลรัฐ	☐ โรงพยาบาลเอกชน	
กำหนดคลอด	☐ ทราบ ระบุ.....	☐ ไม่ทราบ	
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์	☐ มีระบุ.....	☐ ไม่มี	
ยาบำรุงที่ได้รับระหว่างฝากครรภ์	☐ มีระบุ.....	☐ ไม่มี	
หญิงหลังคลอด			
วิธีคลอด	☐ ปกติ	☐ ผ่าคลอด	☐ อื่นๆ ระบุ.....
สถานที่คลอด	☐ 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	☐ อื่นๆ ระบุ.....
ช่วง > 6 สัปดาห์ - 5 ปี			
การรับวัคซีนตามเกณฑ์	☐ ครบ	☐ ไม่ครบ	
พัฒนาการ	☐ สมวัย	☐ ไม่สมวัย	
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง	☐ ตามเกณฑ์	☐ เกินเกณฑ์	☐ ต่ำกว่าเกณฑ์
อาหารที่ได้รับ	☐ นมแม่	☐ นมผง	☐ อาหารเสริม
กลุ่ม 3 เด็กโตและวัยรุ่น 6-24 ปี			
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	
ประสาทยของผู้สูงอายุ	☐ ดิตสังคม (พึ่งตนเองได้)	☐ ดิตบ้าน (ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง)	☐ ดิตเตียง (ต้องพึ่งพา)
การคัดกรองความเสี่ยง/ตรวจสุขภาพประจำปี	☐ 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 6-24 ปี ☐ กลุ่ม 4 ผู้ใหญ่ 25 ปี - 59 ปี ☐ กลุ่ม 5 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ☐ กลุ่ม 6 กลุ่มคนพิการ			
กลุ่ม 6 คนพิการ ประเภทความพิการ ☐ ด้านการเคลื่อนไหว ☐ ด้านสติปัญญา ☐ ด้านจิตใจหรือพฤติกรรม ☐ ด้านการได้ยิน/สื่อความหมาย ☐ ด้านการเรียนรู้ ☐ ได้รับ ☐ ได้รับ ☐ ภาครัฐ ☐ ด้านการมองเห็น ☐ ออทิสติก ☐ ไม่ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ ☐ อื่นๆระบุ..... การช่วยเหลือ การขึ้นทะเบียนผู้พิการ แหล่งให้ความช่วยเหลือ			
หมายเหตุ 1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. O เลือกได้ 1 ข้อ 3. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ			

แบบฟอร์มการสำรวจข้อมูลสุขภาพจิตที่อาศัยของครอบครัว (Health Survey)									
								รหัสครอบครัว (Family ID).....	
* ชื่อหน่วยบริการ									
* วันที่สำรวจ :/...../..... * ชื่อผู้สำรวจ:.....ตำแหน่ง.....									
* ครอบครัวที่ : * บ้านเลขที่:.....									
* สถานการณ์สำรวจ: ☐ ไม่มีผู้อยู่อาศัย ☐ บ้านปิด ☐ ไม่ให้ความร่วมมือ ☐ สว่างพบ									
* อากาศถ่ายเท ☐ ดี ☐ ไม่ดี * แสงสว่างภายในบ้าน ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ									
* ความสะอาดเป็นระเบียบ ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ ไม่ดี * น้ำดื่ม ☐ ถูกสุขลักษณะ ☐ ไม่ถูกสุขลักษณะ									
* น้ำใช้ ☐ สะอาด ☐ ไม่สะอาด * ขยะมูลฝอย ☐ ถูกสุขลักษณะ ☐ ไม่ถูกสุขลักษณะ									
* การสุขาภิบาลอาหาร ☐ ถูกสุขลักษณะ ☐ ไม่ถูกสุขลักษณะ * สุขา: ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ.....)									
* น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ.....)									
* สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้อยู่อาศัย : ☐ ไม่มี ☐ มี									
* สัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา ☐ ไม่มี ☐ มี									
☐ หนู ☐ ยุง (☐ สว่าง ☐ ด้ม ☐ 0, ☐ 1-10, ☐ 10-20, ☐ 20+) ☐ แมลงสาบ ☐ แมลงวัน ☐ งู ☐ อื่นๆ.....									
* สัตว์เลี้ยงในครอบครัว : ☐ ไม่มี ☐ มี									
☐ สุนัข จำนวนทั้งหมด.....ตัว จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../..... จำนวนที่ฝังไมโครชิป.....ตัว จำนวนที่ฝังไมโครชิป.....ตัว วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../..... ☐ แมว จำนวนทั้งหมด.....ตัว จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../..... จำนวนที่ฝังไมโครชิป.....ตัว จำนวนที่ฝังไมโครชิป.....ตัว วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../..... ☐ 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. ☐ เลือกได้ 1 ข้อ 3. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ									

แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน			
ชื่อหน่วยบริการ..... *รหัสสถานบริการ.....			
*รหัสบุคคล :.....		*รหัสบ้าน (HID) :.....	
*วันที่สำรวจ :...../...../.....		ผู้สำรวจ :.....	
เลขที่บัตรประชาชน :			
☐ 1.เลขประจำตัวประชาชน			
เลขที่passport ☐ 2.เลขที่ต่างตัว/passport			
*คำนำหน้า :.....		*ชื่อ-สกุล :.....	
*วันเดือนปีเกิด :.....		*อายุ.....ปี	
*เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ นานา :.....กก. ส่วนสูง :.....ซม. เอว.....ซม. สะโพก.....ซม. BMI =.....			
*สัญชาติ :.....เชื้อชาติ :.....ศาสนา :.....			
หมู่เลือด ☐ 1.A ☐ 2.B ☐ 3.AB ☐ 4.O หมู่เลือดRH ☐ 1.positive ☐ 2.negative			
รายชื่อในทะเบียนบ้าน ☐ 1.มีรายชื่ออยู่จริง ☐ 2.มีรายชื่อในเขตกรม ☐ 3.มีรายชื่ออยู่ต่างจังหวัด			
☐ 4.ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน(ต่างตัว) ☐ 5.ไม่ทราบ			
รหัสบัตรประชาชนของบิดา.....		รหัสบัตรประชาชนของมารดา.....	
รหัสบัตรประชาชนของคู่สมรส.....			
*สถานะบุคคล: ☐ 1.มีชื่ออยู่ทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง			
☐ 2.มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบแต่ตัวไม่อยู่จริง			
☐ 3.มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ			
☐ 4.ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบและทะเบียนบ้านไม่อยู่ในเขตรับผิดชอบ เข้ามาใช้บริการหรือเคยอยู่ในเขตรับผิดชอบ			
☐ 5.มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ไม่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบเช่นคนเร่ร่อน ไม่มีที่พำนักอาศัย เป็นต้น			
สถานภาพสมรส ☐ 1.โสด ☐ 2.คู่ ☐ 3.หม้าย ☐ 4.หย่า ☐ 5.แยกกัน ☐ 6.สมณะ			
การศึกษา : ☐ 1.ไม่ได้รับการศึกษา ☐ 2.ก่อนประถมศึกษา ☐ 3.ประถมศึกษา ☐ 4.มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 5.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.			
☐ 6.อนุปริญญา/ปวส. ☐ 7.ปริญญาตรี ☐ 8.ปริญญาโท ☐ 9.ปริญญาเอก			
อาชีพ ☐ 1.ว่างงาน ☐ 2.กำลังศึกษา ☐ 3.แม่บ้าน/พ่อบ้าน ☐ 4.รับจ้าง ☐ 5.ค้าขาย ☐ 6.รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ			
☐ 7.รัฐวิสาหกิจ ☐ 8.ธุรกิจส่วนตัว ☐ 9.เกษตรกร ☐ 10.ลูกจ้าง ☐ 11.ไม่ทราบ			
สถานะในชุมชน ☐ 1.กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ☐ 2.อสม./อสส. ☐ 3.แพทย์ประจำตำบล ☐ 4.สมาชิก อบต. ☐ 5.อื่นๆ			
☐ 6.กรรมการชุมชน ☐ 7.สภ./สข ☐ 8.ผู้ดูแลผู้ป่วย/อสค.			
สิทธิการรักษา :..... ☐ ในเขต ☐ นอกเขต			
สถานะในครอบครัว ☐ 1.เจ้าบ้าน ☐ 2.ผู้อาศัย			
วันที่ย้ายเข้ามาในเขตพื้นที่ ป/ด/ว			
ตรวจสุขภาพ : ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ		ตรวจสุขภาพในช่องปาก : ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ	
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย : ☐ 1.ซื้อยามารับประทานเอง ☐ 2.รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน			
☐ 3.รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ☐ 4.รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา			
☐ 5.คลินิกเอกชน ☐ 6.โรงพยาบาลของรัฐ			
☐ 7.โรงพยาบาลเอกชน ☐ 8.ปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รักษา			
☐ 9.ไม่ทราบ ☐ 10.รักษาแพทย์ทางเลือก			
แพทย์ : ☐ ปฏิเสธการแพทย์ ☐ ไม่ทราบ			
☐ แพทย์ ระบุชื่อ/อาการ.....			
แพ้อาหาร : ☐ ไม่แพ้ ☐ แพ้ ระบุชนิด/อาการ.....			
ประเมินภาวะสุขภาพ ☐ พฤติกรรมเสี่ยง: ☐ สูบบุหรี่ ☐ การใช้น้ำไม่ถูกต้อง			
☐ ดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปาก			
☐ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ☐ ไม่ตรวจสุขภาพ			
☐ ใช้สารเสพติด ยาบ้า เฮอร์โธิน ผีน สารระเหย ฯลฯ ☐ เสี่ยงทางเพศ			
☐ ไม่มีการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ☐ เสี่ยงทางอื่นๆ			
☐ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ☐ ไม่ออกกำลังกาย/<3 วันต่อสัปดาห์			
☐ BMI เกิน อ้วน ผอม ☐ เครียด			
☐ โรคทางพันธุกรรม โปรดระบุ.....			
สรุปภาวะสุขภาพ : ☐ ปกติ ☐ เสี่ยง ☐ ป่วย			
ข้อมูลโรค			
โรคไม่ติดต่อ			
ชื่อโรค.....	วันที่ป่วย.....	รักษาที่.....	
ชื่อโรค.....	วันที่ป่วย.....	รักษาที่.....	
โรคติดต่อ (เฝ้าระวัง)			
ชื่อโรค.....	วันที่ป่วย.....	รักษาที่.....	
ชื่อโรค.....	วันที่ป่วย.....	รักษาที่.....	
สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย ☐ ตาย ☐ ย้าย ☐ สาบสูญ ☐ ไม่จำหน่าย			
วันที่จำหน่าย ป/ด/ว			
หมายเหตุ 1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. ☐ เลือกได้ 1 ข้อ ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ			

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2562

แบบฟอร์มข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home visit)			
บันทึกกิจกรรมดำเนินการ			
*รหัสสถานพยาบาล		*ชื่อหน่วยบริการ	
*เลขที่บัตรประชาชน		รหัสครอบครัว (Family ID) :	
กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเยี่ยม.....		ชื่อ-สกุล.....	
ครั้งที่.....		*วันที่ยเยี่ยม.....	
*ผู้เยี่ยม/ตำแหน่ง			
การตรวจร่างกาย			
อุณหภูมิ :	องศา	ชีพจร :	ครั้ง/นาที
น้ำหนัก :	กก.	ส่วนสูง :	ซม.
รอบเอว :		รอบสะโพก :	
ซม.		ซม.	
DTX :		mg.%	
การหายใจ :		ครั้ง/นาที	
ดัชนีมวลกาย (BMI):			
ความดันโลหิต :		/.....mmHg.	
*กิจกรรมพยาบาล			
☐ คัดกรองภาวะสุขภาพ	☐ ตรวจร่างกาย	☐ ปฐมพยาบาล	
☐ คัดกรองทางจิต	☐ เช็ดตัวเพื่อลดไข้	☐ เจาะเลือด	
☐ ให้คำแนะนำความรู้ทางด้านสุขภาพ	☐ เช็ดตา/หยอดตา	☐ ฉีดยา	
☐ ประเมินพัฒนาการ	☐ ให้ยาตามแผนการรักษา/การรักษาเบื้องต้น	☐ เก็บตัวอย่างส่งตรวจ (specimen)	
☐ ส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย	☐ ดูแลรักษาอนามัยช่องปาก	☐ ตรวจแผลผ่าตัด	
☐ สอนสาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ	☐ คลำคลุก/ตรวจแผลมีเย็บ		
☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	☐ ตรวจเต้านม		
หมายเหตุ			
1. ช่องที่มีเครื่องหมาย * ต้องใส่ข้อมูล 2. ☐ เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ			

[illegible]

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/m²

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.....

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/m²

รอบเอว..... cm. รอบสะโพก..... cm.

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

ปัญหาสุขภาพต่อเนื่อง	ปัญหาสุขภาพที่พบใหม่

สหวิชาชีพร่วมทีม ☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ Pt. ☐ญาติ

☐ นักกายภาพบำบัด ☐ แพทย์ ☐ เภสัชกร ☐ นักสังคมฯ

☐ ออส. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

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

กิจกรรมการพยาบาล

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

☐ วัดสัญญาณชีพ

☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI

☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก

☐ คัดกรองสุขภาพจิต

☐ คัดกรองสุขภาพจิต

☐ ST-๕ ผล.....

☐ ๒Q ผล.....

☐ ๙Q ผล.....

☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก

☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX)

☐ เช็ดตา / หยอดตา

☐ ดูแลช่องปาก

☐ ภาพถ่ายบันทึก โดย.....

☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

☐ สอน สาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ

☐ ให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ

☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ

บันทึกอื่นๆ.....

(.....)

ว/ด/ป ที่บันทึก.....

กิจกรรมการพยาบาล

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

☐ วัดสัญญาณชีพ
☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI
☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก
☐ คัดกรองสุขภาพ
☐ คัดกรองสุขภาพจิต
 ☐ ST-๕ ผล.....
 ☐ ๒Q ผล.....
 ☐ ๙Q ผล.....
☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก
☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX)
☐ เช็ดตา / หยอดตา
☐ ดูลำช่องปาก
☐ ภาพถ่ายบันทึก โดย.....
☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ☐ สอน สาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ
☐ ให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ

บันทึกอื่นๆ.....

.....

.....

(.....)

ว/ด/ป ที่บันทึก.....

แผนที่

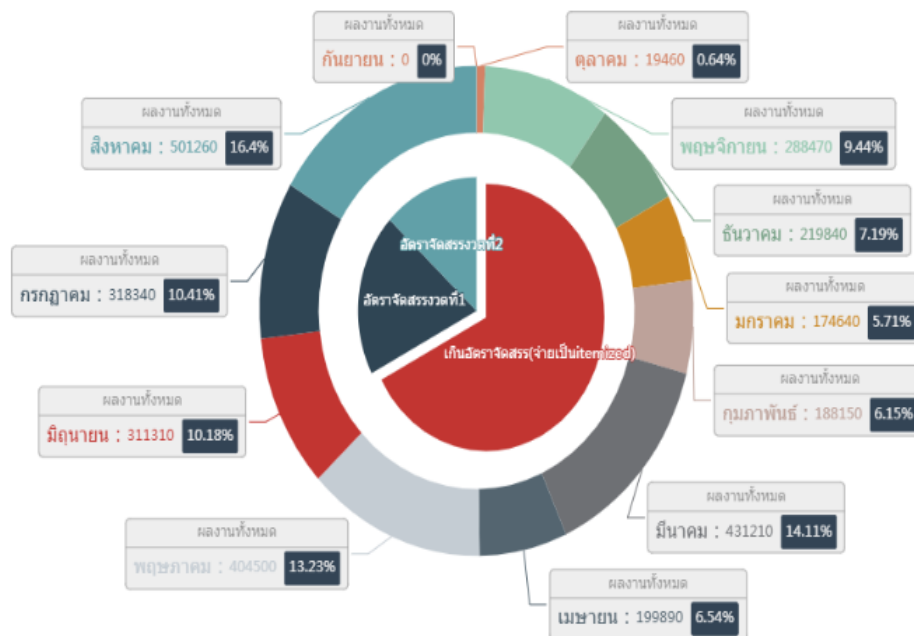
กำหนดการส่งข้อมูล PP Itemized / Home Health Care / ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน
ปีงบประมาณ 2563

งวด	วันตัดข้อมูล	ระยะเวลาอุทธรณ์ /แก้ไขข้อมูล	วันออก Statement	วันที่โอนเงิน
ต.ค.-62	30 พย.62	1 ตค.62-5 มค.63	6 มค.63	ไม่เกินวันที่ 31 มค.63
พ.ย.-62	30 พย.62	1 พย.62-5 มค.63	6 มค.63	ไม่เกินวันที่ 31 มค.63
ธ.ค.-62	31 ธค.62	1 ธค.62-5 มค.63	6 มค.63	ไม่เกินวันที่ 31 มค.63
ม.ค.-63	31 มค.63	1 มค.-5 กพ.63	6 กพ.63	ไม่เกินวันที่ 28 กพ.63
ก.พ.-63	28 กพ.63	1 กพ.-5 มีค.63	6 มีค.63	ไม่เกินวันที่ 31 มีค.63
มี.ค.-63	31 มีค.63	1 มีค.-5 เมย.63	6 เมย.63	ไม่เกินวันที่ 30 เมย.63
เม.ย.-63	30 เมย.63	1 เมย.-5 พค.63	6 พค.63	ไม่เกินวันที่ 31 พค.63
พ.ค.-63	31 พค.63	1 พค.-5 มิย.63	6 มิย.63	ไม่เกินวันที่ 30 มิย.63
มิ.ย.-63	30 มิย.63	1 มิย.-5 กค.63	6 กค.63	ไม่เกินวันที่ 31 กค.63
ก.ค.- 63	31 กค.63	1 กค.-5 สค.63	6 สค.63	ไม่เกินวันที่ 31 สค.63
ส.ค.-63	31 สค.63	1 สค.-5 กย.63	6 กย.63	ไม่เกินวันที่ 30 กย.63
ก.ย.-63	30 กย.63	1 กย.-5 ตค.63	6 ตค.63	ไม่เกินวันที่ 31 ตค.63

หมายเหตุ : หน่วยบริการ/สถานบริการสามารถส่งข้อมูลการให้บริการของปีงบประมาณ 2563
(วันที่รับบริการ 1 ตุลาคม 2562-30 กันยายน 2563 ได้ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2563

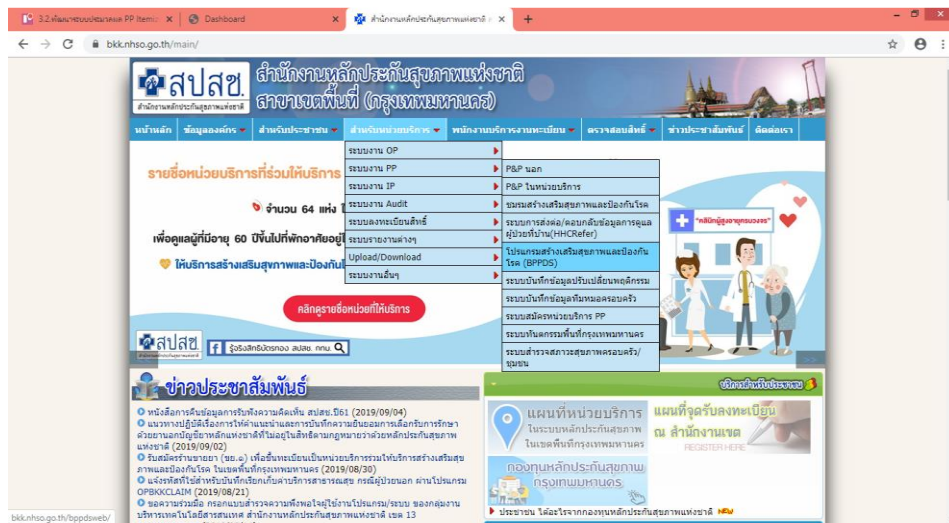
การใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตาม
งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

รายงานกำกับติดตามผลงานบริการ
โดย
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร



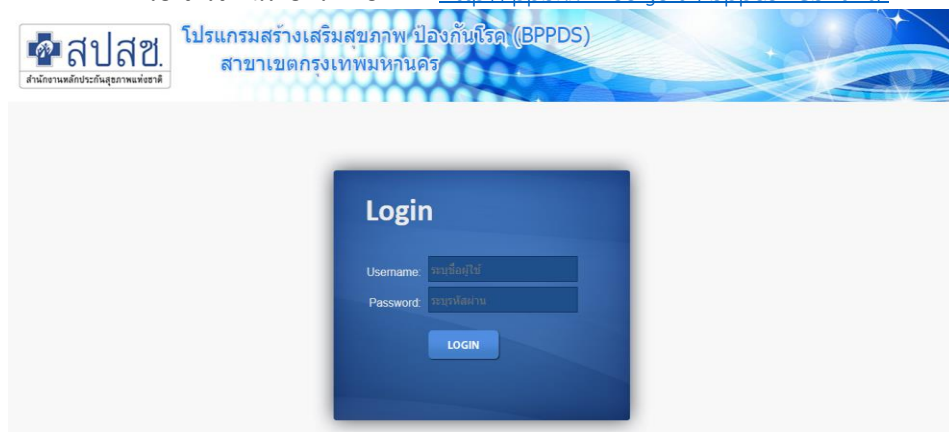
เข้าใช้งานโปรแกรมโดย เข้าที่เว็บไซต์สปสช.กทม bkk.nhso.go.th จากนั้นคลิกที่

>> สำหรับหน่วยบริการ >> ระบบงาน PP >> โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(BPPDS)



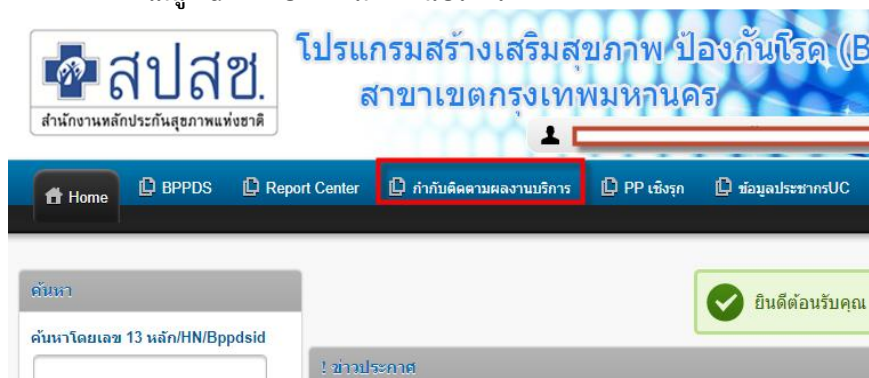
รูปที่ 1 การเข้าใช้งานระบบกำกับติดตามผลงานบริการ

➤ หรือเข้าใช้งานโดยตรงที่ URL <http://ppbkk.nhso.go.th/bppdsweb2020/>



รูปที่ 2 การเข้าใช้งานระบบกำกับติดตามผลงานบริการ

➤ คลิกที่เมนู Bar กำกับติดตามผลงานบริการ



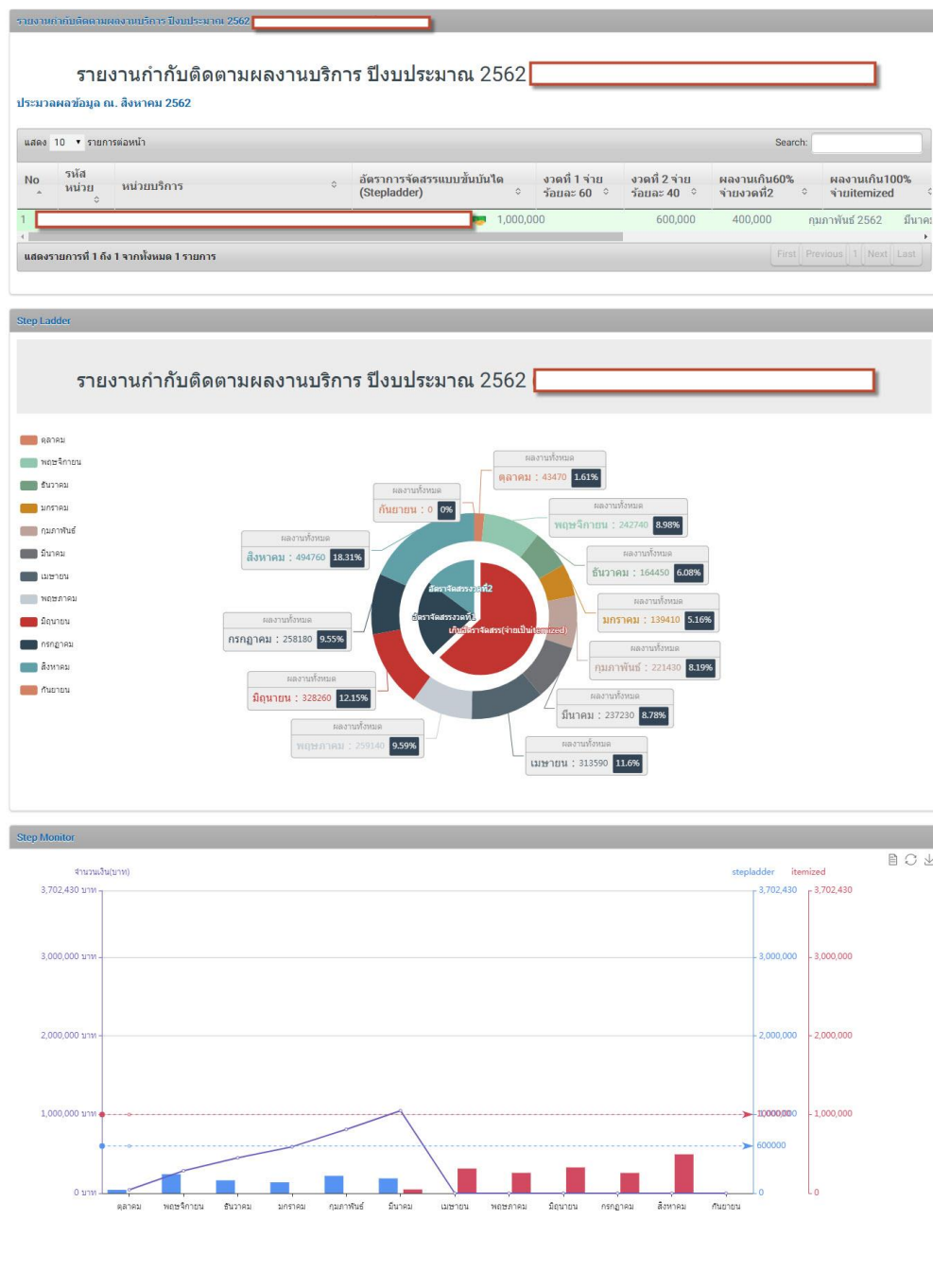
รูปที่ 3 เมนูกำกับติดตามผลงานบริการ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2562

ระบบแสดงข้อมูลเพื่อกำกับติดตามผลงาน Step Ladder



รูปที่ 4 ตัวอย่างหน้าจอกำกับติดตามผลงานบริการ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2562

ส่วนที่ 1 ส่วนรายงานสรุปอัตราการจัดสรรขั้นบันได (Step Ladder)

แสดง 10 รายการต่อหน้า							Search:
No	รหัสหน่วย	หน่วยบริการ	อัตราการจัดสรรแบบขั้นบันได (Stepladder)	งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 60	งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 40	ผลงานเกิน 60% จ่ายงวดที่ 2	ผลงานเกิน 100% จ่าย itemized
1			1,000,000	600,000	400,000	มกราคม 2562	มีนาคม 2562

5 ตัวอย่างหน้าจอกำกับติดตามผลงานบริการ

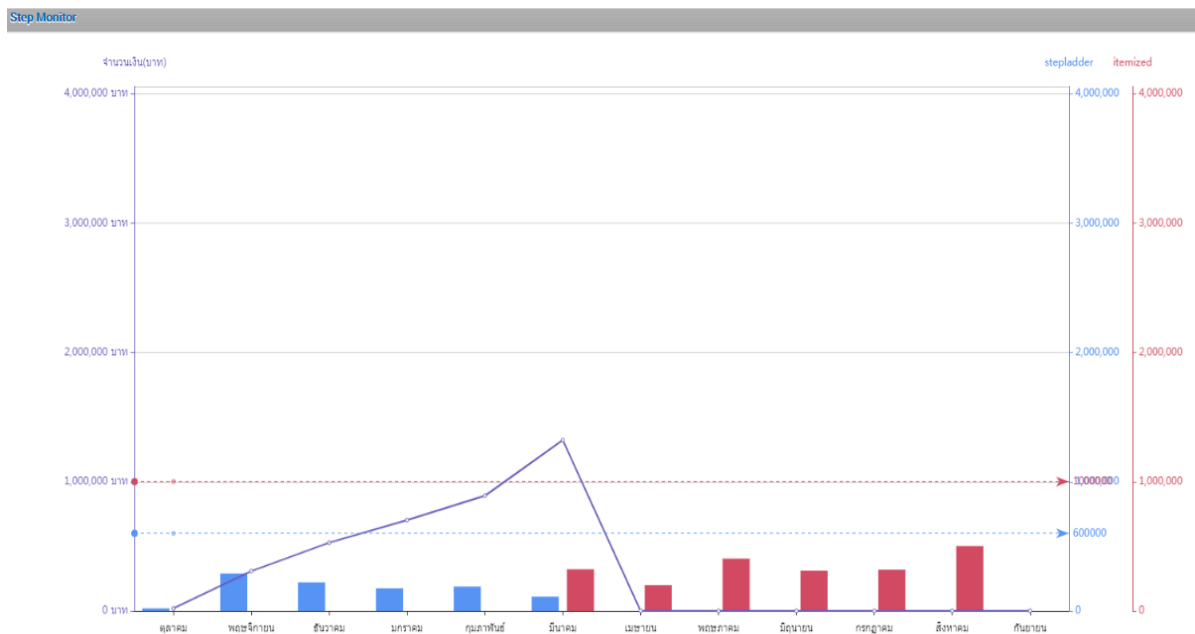
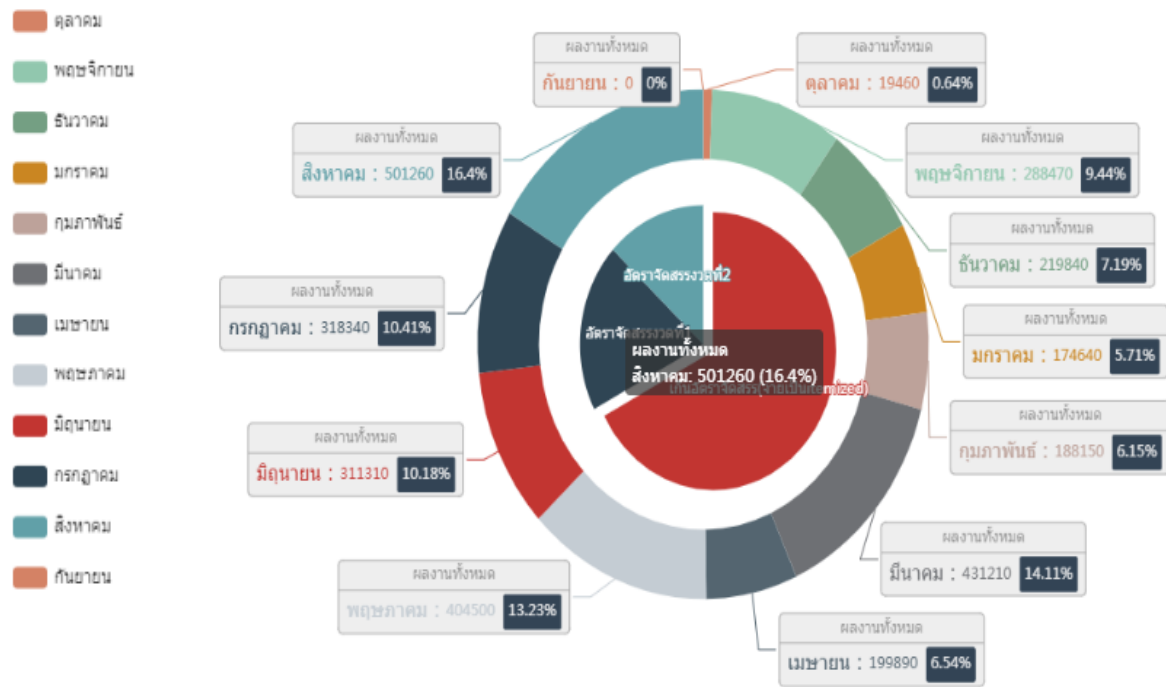
- งวดที่ 1 จำนวนการจ่าย
- งวดที่ 2 จำนวนการจ่าย
- เดือนที่ผลงานเกิน 60%
- เดือนที่ผลงานเกิน 100%
- จำนวนการจ่ายเงินในรูปแบบ Step Ladder
- จำนวนบริการ Itemized
- จำนวนรวมผลงานบริการทั้งหมด

หน้า					
	อัตราการจัดสรรแบบขั้นบันได (Stepladder)	งวดที่ 1 จ่ายร้อยละ 60	งวดที่ 2 จ่ายร้อยละ 40	ผลงานเกิน 60% จ่ายงวดที่ 2	ผลงานเกิน 100% จ่าย itemized
	1,000,000	600,000	400,000	มกราคม 2562	มีนาคม 2562

	ผลงานบริการแบบเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์ StepLadder	ผลงานบริการ ITEMIZED	รวมผลงานบริการ
	1,000,270	2,056,800	3,057,070

รูปที่ 6 ตัวอย่างหน้าจอกำกับติดตามผลงานบริการ

ส่วนที่ 2 แผนภาพสรุป แบ่งตามเดือนที่ให้บริการ



รูปที่ 7 ตัวอย่างแผนภาพกำกับติดตามผลงานบริการ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2562

ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

1. เจาะเนไขการให้บริการ

- **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
 คุณเกรียงศักดิ์ เหลืองอร่าม โทรศัพท์ 02-142-0971
- **ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลสุขภาพที่บ้านใน-นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร**
 คุณสุนิษา แสงสมสวัสดิ์ โทรศัพท์ 02-142-0935
 คุณเกรียงศักดิ์ เหลืองอร่าม โทรศัพท์ 02-142-0971
- **งานทีมหมอครอบครัวและคลินิกหมอครอบครัว (PCT และ PCC)**
 คุณปิยะฉัตร อินใจ โทรศัพท์ 02-142-20967
 คุณอรนิษา กล้าจยัง โทรศัพท์ 02-142-0968

2. ตรวจสอบข้อมูลการจ่ายค่าชดเชย และการโอนเงิน

➤ การจ่ายเงิน PP Itemize

คุณเฉลิมขวัญ จันทรทรง

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 ประกิจชัยวัฒนา

โทรศัพท์ 02-142-0970

คุณชยุต บุญมีพิธาน

โทรศัพท์ 02-142-1024

➤ การขอ Username / Password เพื่อเข้าใช้งานโปรแกรมต่างๆ

คุณสุนทร แสนยุติธรรม

โทรศัพท์ 02-142-1020

คุณพรเทพ มุลานนท์

โทรศัพท์ 02-142-1021

➤ โปรแกรม e-HHCBKK

Help Desk

โทรศัพท์ 02-142-1024 – 28

4. สอบถามงานกฎหมาย (การทำธุรกรรมสัญญา)

คุณอาทร เกสร

โทรศัพท์ 02-142-0976

ที่อยู่ในการส่งเอกสาร

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