

แนวทางการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ปีงบประมาณ 2560

สำหรับหน่วยบริการและสถานบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



สปสช.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จัดทำโดย กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ
สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

คำนำ

สุขภาพของคนไทย เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประเทศชาติมีความมั่นคง และเจริญก้าวหน้าทัดเทียมกับนานาอารยประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ความสำคัญแก่การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อัตราป่วย และอัตราตายของประชาชน จึงได้พัฒนาและกำหนดชุดสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่ คนไทยทุกสิทธิ โดยมีเป้าประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ตามความเหมาะสมและจำเป็นของแต่ละกลุ่ม ได้มาตรฐาน มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และประเทศชาติโดยรวม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ประจำปีงบประมาณ 2560 ขึ้น ภายใต้ความเห็นชอบของคณะทำงานพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลใช้ประกอบการดำเนินงานและการเบิกจ่ายงบประมาณ โดยการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพสำนักงานฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ/สถานบริการ และบรรลุเป้าประสงค์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ

สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร

1 ตุลาคม 2559

สารบัญ

หน้า

แนวทางการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน : P&P basic services
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2560

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนการบริการแบบคงที่	1
บริการคุณภาพการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor)	2
บริการดูแลสุขภาพประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)	3
จ่ายตามผลงานการให้บริการตามกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำนักงานกำหนด	5
กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Itemized) ปีงบประมาณ 2560	
อัตราค่าบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายการกิจกรรม	6
1.การฝากครรภ์ (ANC)	
1.1 การทดสอบการตั้งครรภ์ (Pregnancy test) ก่อนการฝากครรภ์	10
1.2 การฝากครรภ์ครั้งแรก	11
1.3 การฝากครรภ์ครั้งต่อไปของผู้รับบริการ	12
1.4 การตรวจ Glucose challenge test (GCT) ในหญิงตั้งครรภ์	14
กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	
1.5 การตรวจ Oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงตั้งครรภ์	14
กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	
1.6 การตรวจยืนยันน้ำตาลซีซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติและสามเ	15
1.7 การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม	17
1.8 การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์	17
1.9 การยุติการตั้งครรภ์	17
2. การตรวจหลังคลอด	
2.1 การตรวจหลังคลอด ครั้งที่ 1	18
2.2 การตรวจหลังคลอด ครั้งที่ 2	18
2.2 การตรวจหลังคลอด ครั้งที่ 3	18
3. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด	20
4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน	
4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด - 14 ปี	21
4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่	22
4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	22

สารบัญ

หน้า

5. การตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก	
5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปี	23
5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ	24
5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก	25
6. การคัดกรองภาวะซีด	26
7. การวางแผนครอบครัว	
7.1 การคุมกำเนิดชั่วคราว	27
7.2 การคุมกำเนิดถาวร	27
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี	
8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข	28
8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear	28
8.3 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เข้ารับการรักษากรณี Epithelial Cell Abnormality	29
8.4 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เข้ารับการรักษากรณี Endocervical adenocarcinoma in situ	29
9. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)	30
10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease)	31
11. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง	32
กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันเชิงรุก ปีงบประมาณ 2560	
อัตราทดค่าใช้จ่ายบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก รายการกิจกรรม	34
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)	36
2. การบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร	39
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน	
3.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข	42
3.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear	43
3.3 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)	43

สารบัญ

หน้า

แนวทางการให้บริการงานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/สถานบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560

แนวทางการให้บริการงานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/สถานบริการ	45
ตารางกิจกรรมและอัตราชดเชยบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/สถานบริการ	46

วิธีปฏิบัติในการชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

การให้บริการและบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ/สถานบริการ	47
การประมวลผลข้อมูลและจ่ายชดเชยค่าบริการของสำนักงาน	47
แนวทางการส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกรณีมีการให้บริการซ้ำซ้อน	47
การตรวจสอบการชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	48
กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่หน่วยบริการ/สถานบริการ ต้องส่งแบบตอบรับ	49

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2560

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ	50
งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ <u>แบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (P&Pนอก)</u>	51
การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care	56
คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานบริการที่ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	60
แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม	62

ภาคผนวก

หน้า

ภาคผนวก 1

- ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ประจำปีงบประมาณ 2560 71
- ตัวอย่างแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 72
- คำแนะนำทั่วไปสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 74
- แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก 105

ภาคผนวก 2

- ตัวอย่างหนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล 107
- ตัวอย่างสรุปรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล 108
- ตัวอย่างหนังสือการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ 109
- ตัวอย่างสรุปรายละเอียดการขออุทธรณ์ข้อมูลกิจกรรม 110

ภาคผนวก 3

- ตัวอย่างแบบฟอร์มการดูแลสุขภาพประชาชน (Family Care Team) 111

ภาคผนวก 4

- กำหนดการส่งข้อมูล PP Itemized/Home Health Care/ทันตกรรม ปีงบประมาณ 2560 130

ภาคผนวก 5

- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 131
- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพและตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยให้บริการ 134
- ตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(Pap smear)เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานทันตสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 137
- การใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตามงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (MIS PP) 139
- ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 141
- ที่อยู่ในการส่งเอกสาร 142

แนวทางการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2560

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์การส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิว่าง

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนการบริการแบบคงที่

1.1 สนับสนุนการบริการแบบคงที่ จำนวน 500,000 บาท ให้กับหน่วยบริการประจำ สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ ดังนี้

1.1.1 การวางแผนคุมกำเนิดชั่วคราวด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

- 1) ชักประวัติ เช่น การมีประจำเดือน การตรวจมะเร็งปากมดลูก ตรวจเต้านมประจำปี ประวัติการได้รับการวางแผนครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา
 - 2) ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
- *** ไม่ครอบคลุมการใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อการรักษา ***

1.1.2 การให้สุขศึกษา ความรู้ และคำแนะนำ

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ การให้สื่ศึกษา ความรู้ และคำแนะนำด้านต่างๆ ดังนี้

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

เงื่อนไขการขดเชยบริการ ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีสาขาสุขภาพ เช่น พยาบาล เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข

หมายเหตุ กรณีหน่วยบริการ จัดบริการไม่ครบ 12 เดือน ภายในปีงบประมาณ สำนักงานฯ จะพิจารณาจัดสรรงบประมาณตามระยะเวลาที่ให้บริการจริง

1.2 บริการคุณภาพการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor)

- กลุ่มเป้าหมาย 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 โรค ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหอบหืด (Asthma)
- 2) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าพื้นที่กรุงเทพมหานคร (UC) ตรงตามหน่วยบริการที่ให้บริการ

คุณสมบัติของหน่วยให้บริการ

1. เป็นหน่วยบริการประจำ
2. มีห้องหรือมุมให้การปรึกษา ที่เป็นสัดส่วน
3. มีผู้ให้การปรึกษาเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการอบรมไม่ต่ำกว่า 2 เดือน

อัตราการชดเชยบริการ 200,000 บาท โดยแบ่งจ่ายเป็น 2 งวด

งวดที่ 1 จำนวน 100,000 บาท เมื่อหน่วยบริการมีคุณสมบัติครบตามที่สำนักงานฯ กำหนด

งวดที่ 2 จำนวน 100,000 บาท มีผลงานการให้บริการ อย่างน้อย 6 เดือน

เงื่อนไขการจัดบริการ

1. ให้บริการให้การปรึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6 โรค ตามมาตรฐานการให้การปรึกษาตามที่สำนักงานฯ หรือผู้ที่สำนักงานฯ มอบหมายกำหนด
2. มีผลงานการให้การปรึกษาอย่างน้อย 60 ครั้งต่อเดือน (ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค.2559 – 30 ก.ย. 2560)
3. บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรมตามที่สำนักงานฯ กำหนด
4. บันทึกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนผู้ป่วยหรือทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเป็นหลักฐานสามารถให้สำนักงานฯ หรือผู้ที่สำนักงานฯ มอบหมายตรวจสอบข้อมูลการให้บริการได้
5. ผู้ให้บริการต้องเป็นผู้มีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีและผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาจากสถาบันที่ได้มาตรฐาน (มีวุฒิการศึกษา/ประกาศนียบัตร/ใบรับรองการผ่านการอบรม)

หมายเหตุ

กรณีที่มีผู้ให้คำปรึกษาไม่ครบ 12 เดือน หรือมีผลงานไม่เป็นไปตามเงื่อนไขตามข้อ 2 สำนักงานฯ จะพิจารณาเบิกจ่ายตามผลงานจริง

การตรวจสอบชดเชยค่าบริการ

หากสำนักงานฯ หรือผู้ที่สำนักงานฯ มอบหมายตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยบริการประจำปี หรือ สุ่มตรวจสอบการจัดบริการ แล้วพบว่าหน่วยบริการ ขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือไม่พบหลักฐานการให้บริการตามที่บันทึกข้อมูลในโปรแกรม สำนักงานฯ มีสิทธิพิจารณาเรียกเงินคืน

1.3 บริการดูแลสุขภาพประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)

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

หมอครอบครัว หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ/หน่วยบริการประจำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบเชิงรุกในชุมชน
2. เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง คนพิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วย/ไม่ป่วย และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นบางครั้ง หรือตลอดเวลา
2. ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องประเภใดประเภหนึ่ง หรือมากกว่า ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนทำให้ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือทั้งหมด
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต

บทบาทหน้าที่ของหมอครอบครัว

1. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. การดูแลและเป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย
3. การดูแลรักษา
4. ให้คำปรึกษาแนะนำ
5. การดูแลในกรณีการส่งต่อ
6. การเสริมพลังให้ประชาชนและครอบครัวเข้าใจสุขภาพตนเอง
7. การจัดทำข้อมูลสถานะสุขภาพประจำครอบครัว

กิจกรรมการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการ

1. บริการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน เช่น หมู่บ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม ชุมชนทั่วไป ที่อยู่ในบริเวณพื้นที่ตั้งของหน่วยบริการ และพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 2 ชุมชน ประชากรรวม 2 ชุมชนไม่ต่ำกว่า 1,000 คน โดยดำเนินการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชน (สำหรับชุมชนที่ยังไม่เคยสำรวจ/ไม่มีข้อมูลสถานะสุขภาพประชากร) จัดทำ Family folder และทำการให้บริการเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

*** กรณีชุมชนอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหน่วยบริการอื่นต้องมีหนังสือ รับรองจากหน่วยบริการเจ้าของพื้นที่***

2. จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ประชาสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ของหมอครอบครัว
3. ดำเนินการ/บริการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
 - 3.1 ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ด้านสิทธิการรักษา ทางโทรศัพท์ และในหน่วยบริการ
 - 3.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน : เยี่ยมบ้าน (Home visit) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้น 3 กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)
 - 3.3 ประสานเรื่องสิทธิการรักษา ประสานการส่งต่อส่งกลับจากโรงพยาบาล
4. การดำเนินการ ณ หน่วยบริการ
 - 4.1 ติดสัญลักษณ์ Family care team ที่ด้านหน้าหน่วยบริการให้มองเห็นเด่นชัด
 - 4.2 ระบุข้อมูลการทางการแพทย์ ทีมหมอครอบครัว หมายเลขโทรศัพท์
 - 4.3 มีระบบให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมติดตามที่บ้าน และการส่งต่อเข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาล
 - 4.4 จัดทำแผนการให้บริการ มีระบบการบันทึกการให้บริการ

บทบาทหน้าที่และกิจกรรมในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

กิจกรรม	เป้าหมาย	ทีมหมอครอบครัว
รณรงค์ในหมู่บ้าน	อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี/ชุมชน	แพทย์ พยาบาล ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการ ตัวแทน กรรมการหน่วยบริการ (ถ้ามี)
Home visit Home health care	อย่างน้อย 100 ครั้ง/ปี อย่างน้อย 60 ครั้ง/ปี	แพทย์ หรือพยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข นักศึกษา
ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ ประสานส่งต่อส่งกลับ ประสานเรื่องสิทธิ การรักษา	รายชื่อหมายเลขโทรศัพท์ทีม หมอครอบครัวที่ประชาชน สามารถติดต่อได้ 24 ชม.	ผู้จัดการหน่วยบริการ หรือแพทย์ หรือพยาบาลที่ประจำที่คลินิก หรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมาย

เงื่อนไขและการขดเคยค่าบริการ

1. หน่วยบริการสรุปผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนของชุมชนที่รับผิดชอบ โดยจัดทำ Family folder และแผนการให้บริการเยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูลการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เก็บไว้ที่หน่วยบริการ
2. ส่งแผนการดำเนินงาน รายชื่อทีมหมอครอบครัวและหมายเลขโทรศัพท์ เป้าหมายพื้นที่บริการ ข้อมูลสภาวะสุขภาพของประชาชนและข้อมูลกลุ่มเป้าหมายหลัก 3 กลุ่ม
3. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการ 3 กิจกรรมหลัก Home visit , Home health care และให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ ผ่านโปรแกรม BPPDS เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2559
4. กรณีหน่วยบริการต้องการเปลี่ยนแปลงชุมชนระหว่างปี ให้หน่วยบริการทำหนังสือแจ้งสำนักงานฯ ทราบ

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

รายการ	หน่วย	อัตราขาดเคย (บาท)	เงื่อนไขการขาดเคย ค่าบริการ	หน่วยให้บริการ บริการ
2. การตรวจสุขภาพหญิงหลังคลอด 2.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1 2.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2 2.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3 (ครั้งที่ 3 รวมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Pap Smear / ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก ไอโอดีน)	ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ	150 150 500	1 ครั้งต่อการคลอด 1 ครั้งต่อการคลอด 1 ครั้งต่อการคลอด	หน่วยบริการ/ สถานบริการ ที่เข้าร่วมให้บริการ P&P
3. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด - ค่าเจาะเลือดและส่งตรวจ สำหรับหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เจาะเลือด ส่งตรวจเพื่อคัดกรองและตรวจยืนยัน - ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน - ค่าตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและ เฟนิลคีโตนูเรีย - ค่าตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ	20 123.80 235 250	ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคน ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคน ไม่เกิน 2 ครั้งต่อคน 1 ครั้งต่อคน	หน่วยบริการ/สถาน บริการเข้าร่วม ให้บริการ P&P รพ.รามาธิบดี กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ รพ.ศิริราช หน่วยบริการที่ตรวจ ยืนยัน
4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกระทรวงสาธารณสุข 4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็ก อายุแรกเกิด - 14 ปี 4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนใน ผู้ใหญ่ 4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตาม ฤดูกาล	Doseละ	20	ตามการให้บริการจริง	หน่วยบริการ/สถาน บริการที่เข้าร่วม ให้บริการ P&P

รายการ	หน่วย	อัตราชุดเลข (บาท)	เงื่อนไขการชุดเลข ค่าบริการ	หน่วยให้บริการ บริการ
5. การตรวจคัดกรองและกระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการ 5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปี 5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหา พัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDAI หรือเครื่องมือ เทียบเท่า (เพิ่มเติม) 5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับ เด็ก ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และ การให้ความรู้ คำแนะนำผู้ปกครองในการ ส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก (เพิ่มเติม)	ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ	70 150 150	ไม่เกิน 5 ครั้งในขวบปีแรก และไม่เกินปีละ 1 ครั้ง ในช่วงอายุ 1-5 ปี ตามการให้บริการจริง ตามการให้บริการจริง	หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการ P&P หน่วยบริการ/สถาน บริการที่เข้าร่วม ให้บริการประเมิน เพื่อช่วยเหลือเด็กฯ หน่วยบริการ/สถาน บริการที่เข้าร่วม ให้บริการกระตุ้น และส่งเสริม พัฒนาการฯ
6. การคัดกรองภาวะซีด (เพิ่มเติม) - ค่าตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) - ค่าตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit/Hb)	ครั้งละ ครั้งละ	60 30	ตามช่วงอายุที่กำหนด	หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการ P&P
7. การวางแผนครอบครัว - ยาฉีดคุมกำเนิด - ยาฝังคุมกำเนิด - การใส่ห่วงอนามัย - หมันชาย - หมันหญิง (เฉพาะหมันแห้ง)	เข็มละ ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ	60 2,500 800 500 1,000	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี 3 ปีต่อครั้ง 1 ครั้งต่อปี 1 ครั้งต่อคน 1 ครั้งต่อคน	หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการ P&P
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี 8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ 8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear 8.3 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษ กรณี Epithelial Cell Abnormality 8.4 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษ กรณี Endocervical adenocarcinoma in Situ	ครั้งละ ครั้งละ รายละ รายละ	20 250 100 1,000	ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี 1 ครั้งต่อปี	หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการ P&P

รายการ	หน่วย	อัตราชดเชย (บาท)	เงื่อนไขการชดเชย ค่าบริการ	หน่วยให้บริการ บริการ
9. การคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก(Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคอ้วน - คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ซึ่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดเส้นรอบเอวและตรวจเลือดหาน้ำตาลในเลือด - การตรวจหาTotal Cholesterol,HDL,LDL, Triglyceride (เจาะเลือดทางVein) เฉพาะกรณี อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยงและมีค่าBMI มากกว่า25 กก/ม² หรืออายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มีประวัติบิดา มารดา เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ	ครั้งละ ครั้งละ	50 300	1 ครั้งต่อปี 1 ครั้งต่อปี	หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่เข้าร่วมให้บริการ P&P
10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน รวมการยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ	ครั้งละ	2,000	1 ครั้งต่อปี	หน่วยบริการ/สถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
11. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ <u>กิจกรรมขั้นตอนที่ 1</u> 1.1 การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) 1.2 การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ให้ผลบวก 1.3 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 1.4 การให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลการประเมินด้วย 9 คำถาม (9Q) และ/หรือ 8 คำถาม (8Q) ให้ผลบวก และส่งต่อเพื่อรับการบำบัด <u>กิจกรรมขั้นตอนที่ 2</u> ติดตามประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถามอย่างต่อเนื่องทุกเดือน หรืออย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง และมีผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม (ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)	ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ ครั้งละ	20 30 50 100 100	ไม่เกิน 2 ครั้ง/ปี 1 ครั้งต่อปี 1 ครั้งต่อปี 1 ครั้งต่อปี 1 ครั้งต่อปี	หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่มีบุคลากรในการให้บริการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตศึกษาตามที่สำนักงานกำหนด

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Itemized) ปีงบประมาณ 2560

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

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

ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนด กิจกรรม เจ็บไข 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 ครรภ์ไข่ปลาอุก สำนักงานฯ จะชดเชยบริการในกรณีดังกล่าวให้กับหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
3. บันทึกผลการทดสอบการตั้งครรภ์ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ/สถานบริการ

1.2 การฝากครรภ์ครั้งแรก

หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกในครรภ์นั้นๆ ของผู้รับบริการที่หน่วยบริการ และได้รับการบริการครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน

อัตราชดเชยบริการ เหม่าจ่ายครั้งละ 1,200 บาท ต่อการตั้งครรภ์

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป
 - ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, วัดความดันโลหิต
2. ให้สุศึกษา
3. ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจครรภ์
4. การให้คำปรึกษา (Counseling) ก่อนตรวจเลือด HIV และ ธาลัสซีเมีย
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ตรวจปัสสาวะ หาน้ำตาลและไข่ขาว
 - UA หรือ Urine dipstick
 - CBC
 - OF หรือ MCV และ DCIP หรือ E-Screening
 - VDRL
 - HbsAg
 - HIV
 - Blood group
 - Rh group (ตรวจตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์)
6. การให้คำแนะนำรายบุคคล ตามสภาพปัญหา
7. จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติตามความจำเป็น เช่น ยาเสริมกรดโฟลิก ยาเสริมธาตุเหล็ก เกลือไอโอดีน ยาเม็ดรวมเสริมธาตุเหล็กโฟเลตและไอโอดีน แคลเซียม (ตามวินิจฉัยของแพทย์)
8. ลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
9. วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก หญิงมีครรภ์ ถ้ายังไม่เคยได้รับวัคซีน ให้ฉีดตามกำหนด 0, 1, 6 เดือน และกระตุ้นทุก 10 ปี (ตามมาตรฐานการฉีดวัคซีน dT ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข , 2558)

1.3 การฝากครรภ์ครั้งต่อไปของผู้รับบริการ

อัตราค่าบริการ เหมาจ่าย 400 บาทต่อครั้ง

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป อาทิ ชั่งน้ำหนัก , วัดส่วนสูง , วัดความดันโลหิต
2. ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจครรภ์
3. ให้สุศึกษา
4. การให้คำปรึกษา (Counseling) หลังตรวจเลือด HIV และ ธาลัสซีเมีย
5. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจ Confirm ตามวินิจฉัยของแพทย์หรือตอนใกล้คลอดหรือประมาณสัปดาห์ที่ 28-36)
 - VDRL 1 ครั้ง
 - HIV 1 ครั้ง
6. การให้คำแนะนำรายบุคคล ตามสภาพปัญหา
7. จ่ายยาบำรุงตามบัญชียาหลักแห่งชาติตามความจำเป็น เช่น ยาเสริมกรดโฟลิก ยาเสริมธาตุเหล็ก เกลือไอโอดีน ยาเม็ดรวมเสริมธาตุเหล็ก โฟเลท และไอโอดีน แคลเซียม (ตามวินิจฉัยของแพทย์)
8. ลงบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
9. ประเมินความเครียดหญิงตั้งครรภ์ และคัดกรองโรคซึมเศร้า และปัญหาการดื่มสุรา
10. ตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์ (เบิกชดเชยจากกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำในหญิงตั้งครรภ์)

หมายเหตุ

1. ในการรับบริการฝากครรภ์ (ANC) สำนักงานฯ ได้ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ ไปรับบริการตรงตามบัตร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรับบริการ และการส่งต่อไปยังหน่วยบริการรับส่งต่อในช่วงอายุครรภ์หลัง 32 สัปดาห์ กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถไปรับบริการตรงตามบัตรได้ และไปรับบริการยังหน่วยงานของท่าน ขอให้หน่วยบริการให้บริการฝากครรภ์แก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพการฝากครรภ์
2. สำนักงานฯ ยังคงยึดระบบการส่งต่อไปฝากครรภ์ยังหน่วยบริการรับส่งต่อตามระบบเดิม กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิยังต้องส่งใบส่งตัว และหลักฐานการฝากครรภ์ แก่หน่วยบริการรับส่งต่อ เพื่อหน่วยบริการรับส่งต่อจะสามารถดูแลผู้รับบริการได้ทั้งในกรณีตั้งครรภ์ปกติ และเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
3. ในการบันทึกข้อมูลครั้งที่การรับบริการ ให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลครั้งที่ของการรับบริการฝากครรภ์ เช่น หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกเวชกรรม A ครั้งที่ 1-4 และไปฝากครรภ์ ครั้งที่ 5 ที่โรงพยาบาล B ให้โรงพยาบาล B บันทึกครั้งที่บริการต่อเนื่องจากคลินิก A คือบันทึกเป็นครั้งที่ 5 ไม่ใช่ครั้งที่ 1
4. กรณีหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 10 ปีและมากกว่า 60 ปี ให้หน่วยบริการ/สถานบริการ ขอเบิกชดเชยค่าบริการเป็นเอกสารโดยตรงกับสำนักงานฯ

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการ/สถานบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามแนวทางการบริการขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ
2. กรณีสิทธิว่าจะได้รับการชดเชยเฉพาะการฝากครรภ์เพียงครั้งแรกเท่านั้น ครั้งต่อไปขอให้หน่วยบริการลงทะเบียนให้กับผู้รับบริการเพื่อรับบริการครั้งต่อไปตามสิทธิ
3. การบริการฝากครรภ์นี้ต้องดำเนินการภายในหน่วยบริการ/สถานบริการเท่านั้น
4. การชดเชยบริการนี้เฉพาะกรณีการฝากครรภ์ปกติ กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นการตรวจรักษาโรคให้เบิกชดเชยตามสิทธิการรักษาของผู้รับบริการ
5. หน่วยบริการ/สถานบริการต้องเก็บบันทึกข้อมูลการให้บริการในรูปแบบเอกสาร เช่น เวชระเบียน และ/หรือ ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ หลักฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบตรวจและผลการตรวจอัลตราซาวด์ เป็นต้น เพื่อรับการตรวจสอบบริการ (Clinical & Financial audit) จากสำนักงานฯ
6. กรณีมีการให้บริการฝากครรภ์ครั้งแรกซ้ำซ้อนในผู้รับบริการคนเดียวกัน เช่น ผู้รับบริการ 1 คน ไปรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก จากหน่วยบริการ/สถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง สำนักงานฯ จะชดเชยการบริการเพียง 1 ครั้ง/การตั้งครรภ์เท่านั้น โดยสำนักงานฯ จะดำเนินการดังต่อไปนี้
 - 6.1 กรณีสำนักงานฯ ได้รับข้อมูลบริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 จากหน่วยบริการมากกว่า 1 หน่วยบริการ /สถานบริการ ในผู้รับบริการรายเดียวกัน

กรณีที่ผู้รับบริการไปรับบริการ ANC ครั้งที่ 1 จริง ทั้ง 2 หน่วยบริการ/สถานบริการ และสำนักงานฯ พิสูจน์หลักฐานแล้วว่าเป็นจริง จะพิจารณาจ่ายชดเชยบริการแก่หน่วยบริการ/สถานบริการดังต่อไปนี้

- ก) หน่วยบริการให้บริการครบถ้วนตามข้อกำหนดทั้ง 2 หน่วยบริการ/สถานบริการ สำนักงานฯ จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการก่อน (พิจารณาจากวันที่รับบริการจริง) ในอัตรา 1,200 บาท/คน ส่วนหน่วยบริการที่เบิกชดเชยมาพร้อมกันจะได้รับการชดเชยเป็นบริการ ANC ครั้งต่อไปในอัตรา 400 บาท
- ข) หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 1 แต่มีหน่วยบริการหน่วยใดหน่วยหนึ่งให้บริการไม่ครบตามกิจกรรมที่กำหนด สำนักงานฯ จ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการครบถ้วนตามข้อกำหนดในอัตรา 1,200 บาท และจ่ายชดเชยหน่วยบริการที่ให้บริการฝากครรภ์บางกิจกรรมหรือไม่ครบถ้วนในอัตรา 400 บาท

6.2 กรณีส่งข้อมูลให้บริการซ้ำ/บันทึกข้อมูลไม่ทันการตัดรอบประมวลผลการจ่ายเงิน

- 1) ข้อมูลการให้บริการที่เบิกชดเชยต้องไม่ซ้ำซ้อนกับที่บริการฯ ที่สำนักงานฯ จ่ายชดเชยบริการไปแล้ว
- 2) กรณีที่ข้อมูลการให้บริการซ้ำกับที่สำนักงานฯ จ่ายชดเชยบริการไปแล้ว และหน่วยบริการส่งข้อมูลซ้ำกว่างวดการประมวลผลตัดรอบการจ่ายเงิน สำนักงานฯ จะเก็บข้อมูลการให้บริการไว้จ่ายชดเชยบริการปลายปีร่วมกับกลุ่มส่งผลงานซ้ำ และจ่ายชดเชยบริการเป็นการให้บริการ ANC ครั้งต่อไปอัตรา 400 บาท/ครั้ง

6.3 ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยบริการ/สถานบริการ

1) กรณีหน่วยบริการ/สถานบริการให้บริการ ANC ครั้งที่ 1 จริง และต้องการรับค่าชุดเชยบริการในอัตรา 1,200 บาท ให้หน่วยบริการทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อสืบหาข้อเท็จจริงต่อไป และสำนักงานฯ จะแจ้งผลการตรวจสอบข้อมูลให้หน่วยบริการเมื่อทราบข้อเท็จจริงและจ่ายชุดเชยบริการตามข้อเท็จจริงให้ในงวดถัดไป

2) หากสำนักงานฯ ได้รับการร้องเรียนจากประชาชนหรือหน่วยบริการ/สถานบริการ **กรณีการให้บริการที่เป็นเท็จ** สำนักงานฯ จะดำเนินการขอข้อมูลจากหน่วยบริการ/สถานบริการที่ถูกร้องเรียน และรอข้อมูลตอบกลับเป็นระยะเวลา 45 วัน หากสำนักงานฯ ไม่ได้รับข้อมูลตอบกลับภายใน 45 วัน จะถือว่าข้อร้องเรียนนั้นเป็นจริง และสำนักงานฯ จะดำเนินการเรียกเงินคืน หรือหักเงินจ่ายในงวดต่อไป หรือลบข้อมูลการให้บริการออกจากระบบ

7. การส่งต่อผล Lab จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ไปยังโรงพยาบาลรับส่งต่อเพื่อฝากครรภ์ต่อเนื่อง ขอให้หน่วยบริการดังกล่าวส่งเอกสารสำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแนบไปกับประวัติผู้รับบริการ/สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

8. การเบิกสมุดบันทึกแม่และเด็ก (ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ตามภาคผนวก 1)

1.4 การตรวจ Glucose challenge test (GCT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

อัตราชุดเชยบริการ 70 บาทต่อครั้ง (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกชุดเชยบริการ

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

2. ต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Potential DM) ในรูปแบบเอกสารเก็บไว้ในเวชระเบียน (ตัวอย่างแบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามภาคผนวก 1)

3. เป็นการตรวจระดับกลูโคสในหลอดเลือดโดยเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ

1.5 การตรวจ Oral glucose tolerance test (OGTT) ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

อัตราชุดเชยบริการ 200 บาท (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกชุดเชยบริการ

1. สามารถเบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น

2. ตรวจ OGTT ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน เมื่อพบผลการตรวจ GCT ผิดปกติ

3. เป็นการตรวจระดับกลูโคสในหลอดเลือดโดยเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ

1.6 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติและสามี

1.6.1 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ

อัตราค่าบริการ

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ครั้งละ (บาท)	จำนวนความถี่ในการตรวจ
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 (PND)	หญิงตั้งครรภ์	2,500	

*** ข้อ 2-4 เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น***

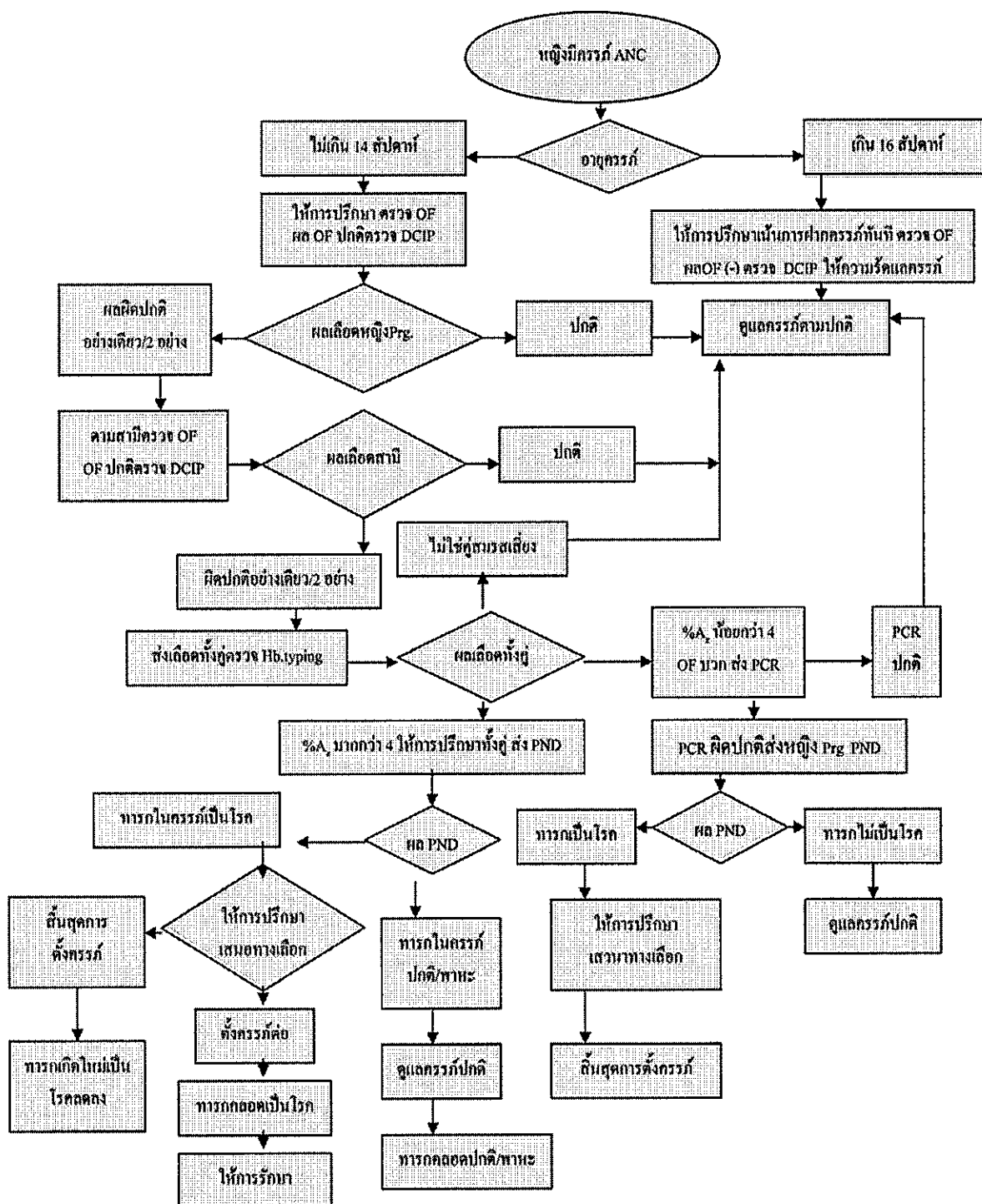
1.6.2 การตรวจยืนยันธาลัสซีเมียในสามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

อัตราค่าบริการ

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

*** ข้อ 4-5 เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น***

แนวปฏิบัติการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียและ
ฮีโมโกลบินผิดปกติของประเทศไทย



1.7 การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม

อัตราค่าบริการ

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

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ มากกว่า 35 ปี และมีประวัติการฝากครรภ์
2. การเบิกจ่ายชดเชย
 - การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test (Beta-hCG ,Unconjugated estriol, alpha fetoprotein (AFP) inhibin-A) พิจารณาส่งตรวจโดยสูติแพทย์
 - การตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ ด้วยวิธี Amniocentesis เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น
3. หน่วยบริการ/สถานบริการสามารถเบิกชดเชยค่าตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์ 1 ครั้งต่อการตั้งครรภ์
4. ให้คำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์แก่คู่สมรสก่อนการตรวจคัดกรอง
5. การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์

1.8 การตรวจคัดกรองทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ในหญิงตั้งครรภ์

อัตราค่าบริการ ครั้งละ 400 บาท (เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ 1 การตั้งครรภ์)

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยบริการ

1. เป็นการตรวจคัดกรองเพื่อตรวจดูอายุทารกในครรภ์ และความสมบูรณ์ของทารก โดยต้องมีการอ่าน/แปลผลโดยสูติแพทย์
2. การชดเชยการรับบริการตรวจอัลตราซาวด์
 - 2.1 อัลตราซาวด์ ครั้งแรก
 - หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการฝากครรภ์ สามารถเบิกได้
 - 2.2 อัลตราซาวด์ ครั้งที่ 2
 - เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลที่ให้บริการฝากครรภ์

1.9 การยุติการตั้งครรภ์

อัตราค่าบริการ 3,000 บาท ต่อการตั้งครรภ์

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ

1. เบิกได้เฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น
2. ข้อบ่งชี้ในการยุติการตั้งครรภ์จากผลการตรวจพบทารกในครรภ์มีความเสี่ยงภาวะดาวน์ซินโดรม และธาลัสซีเมีย

2. การตรวจหลังคลอด

กลุ่มเป้าหมาย หญิงหลังคลอด

2.1 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 1

อัตราขาดค่าบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

เงื่อนไขการเบิกขาดค่าบริการ ให้บริการหญิงหลังคลอด ไม่เกิน 7 วันหลังคลอด (นับจากวันคลอด)

2.2 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 2

อัตราขาดค่าบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

เงื่อนไขการเบิกขาดค่าบริการ ให้บริการหญิงหลังคลอด 8 - 15 วันนับจากวันคลอด

2.3 การตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3

อัตราขาดค่าบริการ 500 บาท โดยให้บริการดังนี้

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

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. ซักประวัติ และประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินภาวะซีด
2. ตรวจร่างกาย ตรวจเต้านม ตรวจการไหลของน้ำนม คลำมดลูก ตรวจฝีเย็บและลักษณะน้ำคาวปลา
3. ให้ยาเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก ไอโอดีนกินทุกวัน หลังคลอดเป็นเวลา 3- 6 เดือน
4. ให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว
5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6. ให้คำแนะนำรายบุคคลตามสภาพปัญหา

7. ตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการ

เงื่อนไขการเบิกชดเชยบริการ ให้บริการหญิงหลังคลอด 16 - 60 วันนับจากวันคลอด

หมายเหตุ :

1. กรณีการตรวจหลังคลอดครั้งที่ 3 ไม่ครบตามกิจกรรมที่กำหนด สำนักงานฯ จะชดเชยตามการให้บริการจริง
2. กรณีมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังคลอดแล้ว จะไม่สามารถใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้อีกในปีงบประมาณนั้น
3. ควรนัดหญิงหลังคลอดมาตรวจสุขภาพหลังคลอดในช่วง 16 - 42 วันหลังคลอด

3. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด

กลุ่มเป้าหมาย เด็กทารกแรกเกิด

อัตราขาดค่าบริการ

รายการ	อัตราขาด	หน่วยบริการ/สถานบริการ
ค่าเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด	20 บาท /คน	หน่วยบริการ/สถานบริการ ที่เจาะเลือดทารกแรกเกิด
ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน	123.80 บาท/ครั้ง	-กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข -โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและเฟินนิลคีโตนยูเรีย	235 บาท/ครั้ง	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
การตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนกรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	250 บาท /คน	หน่วยบริการที่ตรวจยืนยันเองโดยไม่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. ให้ความรู้เรื่องภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและตรวจคัดกรองกับมารดาก่อนการเจาะเลือด
2. มีทะเบียนทารกแรกเกิดที่ส่งตรวจคัดกรองไทรอยด์ฮอร์โมนและบันทึกผลการตรวจคัดกรองทุกราย
3. หน่วยบริการ/สถานบริการ จะต้องมียกข้อมูลที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ของมารดาหลังคลอด เพื่อแจ้งผลการคัดกรองและติดตามทารกกรณีผลการคัดกรองผิดปกติ
4. กรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ต้องติดตามทารกมาตรวจยืนยัน

เงื่อนไขการเบิกขาดค่าบริการ

1. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข บันทึกผลคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนผ่านโปรแกรมที่สำนักงานกำหนด โรงพยาบาลรามาธิบดี บันทึกผลตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลบันทึกผลตรวจ คัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนและเฟินนิลคีโตนยูเรีย โดยบันทึกผ่านโปรแกรม BPPDS
2. การตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน กรณีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ หน่วยบริการ/สถานบริการที่เจาะเลือด เพื่อส่งตรวจยืนยันบันทึกผลการตรวจยืนยันผ่านโปรแกรม BPPDS

4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน

4.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในเด็กอายุแรกเกิด - 14 ปี

กลุ่มเป้าหมาย เด็กแรกเกิด – 14 ปี

อัตราชดเชยบริการ Dose ละ 20 บาท

ตาราง กำหนดการให้วัคซีนแก่เด็ก (EPI Program) ตามนโยบายและแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
แรกเกิด	BCG	ฉีดให้เด็กก่อนออกจากโรงพยาบาล (เด็กติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีอาการของโรคเอดส์ ไม่ให้ BCG)
	HB1	ควรให้เร็วที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
1 เดือน	HB2	เฉพาะรายที่เด็กคลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี
2 เดือน	DTP-HB1, OPV1	
4 เดือน	DTP-HB2, OPV2, IPV	
6 เดือน	DTP-HB3, OPV3	
9 เดือน	MMR1	หากไม่ได้ฉีดเมื่ออายุ 9 เดือน ให้รับติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1 ปี	JE1 เชื้อเป็น	
1 ½ ปี	DTP4, OPV4	
2 ½ ปี	JE2 เชื้อเป็น	
	MMR2	
4 ปี	DTP5, OPV5	
6-7 ปี (ป.1)	MR	เฉพาะผู้ที่ได้รับวัคซีน MMR/MR ไม่ครบ 2 ครั้ง
	BCG	1. ให้ในกรณีไม่มีหลักฐานว่าเคยได้รับเมื่อแรกเกิดและไม่มีแผลเป็น 2. ไม่ให้ในเด็กติดเชื้อ HIV ที่มีอาการของโรคเอดส์
	dT, OPV	เฉพาะผู้ที่ได้รับวัคซีน DTP, OPV ไม่ครบ 5 ครั้ง
12 ปี (ป.6)	dT	ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา : สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) กระทรวงสาธารณสุข ตุลาคม 2558

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. เด็กแรกเกิดที่ยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ให้บันทึกเลขประจำตัวผู้ป่วยด้วย (HN)
2. เด็กต่างด้าว บันทึกการให้บริการในบุคคลต่างด้าวผ่านโปรแกรม BPPDS

4.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนในผู้ใหญ่

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ Dose ละ 20 บาท

ตาราง กำหนดการให้วัคซีนผู้ใหญ่ ตามนโยบายและแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

อายุ	วัคซีนที่ให้	ข้อแนะนำ
20 ปีขึ้นไป	dT	ผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนนี้ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา

4.3 วัคซีนป้องกันโรคป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

กลุ่มเป้าหมาย กำหนดการรณรงค์และการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลปีงบประมาณ 2560 เป็นไปตามแผนการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อัตราชดเชยบริการ 20 บาท/ครั้ง

เงื่อนไขการบริการ

รายงานผลการให้บริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สำหรับหน่วยบริการเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยบันทึกผ่านโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (BPPDS)

5. การตรวจคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

5.1 การคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด - 5 ปี

กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี

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

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
2. ตรวจร่างกายทั่วไป
3. ประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุ รายละเอียดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือแบบประเมินพัฒนาการเด็ก
4. ให้คำแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครอง เรื่องการเลี้ยงดู ส่งเสริมทักษะ ส่งเสริมสุขนิสัยที่ดี การป้องกันอุบัติเหตุ และลดความเสี่ยง
5. ให้คำแนะนำแนวทางส่งเสริมพัฒนาการ และส่งต่อกรณีพบพัฒนาการล่าช้า
6. บันทึกผลการประเมินพัฒนาการ รายละเอียดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก หรือแบบประเมินพัฒนาการเด็ก
7. กรณีเสี่ยงพัฒนาการล่าช้า ให้ลงทะเบียนเด็กกลุ่มเสี่ยง และนัดประเมินพัฒนาการเพิ่มเติมหรือส่งต่อ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามข้อกำหนดกิจกรรมขั้นพื้นฐาน
2. เบิกชดเชยได้ไม่เกินปีละ 5 ครั้ง ในขวบปีแรก และไม่เกินปีละ 1 ครั้ง ในช่วงอายุ 1-5 ปี โดยต้องเป็นการให้บริการในวันเดียวกับวันที่มารับวัคซีนตามนัด (ยกเว้น BCG, HB ตอนแรกเกิด)
3. ให้บริการในเด็กที่มีสุขภาพดี (Well Baby) ในวันที่ให้บริการ หากสำนักงานฯ ตรวจพบว่าเด็กมารับบริการรักษาในวันที่ตรวจพัฒนาการ จะถือว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด สำนักงานฯ จะขอระงับการจ่ายเงินหรือเรียกเงินคืนในกิจกรรมนี้
4. สามารถบันทึกการประเมินพัฒนาการเด็กได้ตั้งแต่อายุ 1 เดือนขึ้นไปถึงอายุ 5 ปี

หมายเหตุ ช่วงอายุ 3 ปี สามารถเบิกค่าตรวจคัดกรองพัฒนาการแยกจากบริการให้วัคซีนได้ เนื่องจากในช่วงอายุดังกล่าวไม่มีตารางรับบริการวัคซีน (EPI Program)

5.2 การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า

กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ

อัตราค่าค่าบริการ ครั้งละ 150 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. ตรวจร่างกาย ประเมินการเจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบอก
2. เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปี แล้ว พบว่าเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลและนัด ผู้ปกครองนำเด็กกลับมารับการประเมินซ้ำด้วยคู่มือเดิมในระยะเวลา 1 เดือนต่อมา ถ้าพัฒนาการเด็กยังไม่ดีขึ้น ให้บริการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า
3. ให้คำแนะนำพ่อแม่ ผู้ปกครอง อาทิ เรื่องการประเมินพัฒนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ การส่งต่อการรักษา
4. บันทึกผลการประเมินพัฒนาการ รายละเอียดตามแบบบันทึกการประเมินพัฒนาการของเครื่องมืออื่นๆ

เงื่อนไขการคิดค่าบริการ

1. ให้บริการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า
2. หน่วยบริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการ ดังนี้
 - 2.1 จัดสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน
 - 2.2 มีคู่มือ/อุปกรณ์/แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ชุดบัตรภาพ ประกอบการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) หรือเครื่องมือเทียบเท่าครบถ้วน เหมาะสมเพียงพอ พร้อมใช้งาน
3. กรณีสำนักงานฯ ตรวจพบหรือมีข้อร้องเรียนว่าผู้ดำเนินงานบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จแล้ว สำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่าบันทึกข้อมูลครั้งนั้นเป็นเท็จ สำนักงานฯ จะไม่จ่ายเงินสนับสนุนการให้บริการในครั้งนั้นกับหน่วยบริการ
4. หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบหรือมีข้อร้องเรียนว่ามีการบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จ ในภายหลัง หน่วยบริการจะต้องคืนเงินที่ได้รับไปแล้วให้สำนักงานฯ ถ้าหน่วยบริการไม่คืนสำนักงานฯ มีสิทธิหักเงินสนับสนุนที่พึงจะจ่ายให้แก่หน่วยบริการ
5. หน่วยบริการจะต้องเก็บเอกสารการให้บริการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ดำเนินการตรวจสอบ การปฏิบัติงานหรือเอกสารในหน่วยบริการได้ตลอดเวลาที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร
6. กิจกรรมนี้ขดเชยเฉพาะหน่วยบริการ/สถานพยาบาล/หน่วยงานที่แสดงความจำนงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เท่านั้น
7. ผู้รับบริการที่นำข้อมูลมาบันทึกเพื่อขอรับค่าค่าบริการต้องยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

5.3 บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีปัญหาด้านพัฒนาการไม่สมวัย

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 รายละเอียดตามแบบบันทึกการประเมินพัฒนาการของเครื่องมืออื่นๆ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. ให้บริการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า
2. หน่วยบริการต้องมีความพร้อมในการจัดบริการ ดังนี้
 - 2.1 จัดสถานที่ให้บริการเป็นสัดส่วน
 - 2.2 มีคู่มือ/อุปกรณ์/แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ชุดบัตรภาพ ประกอบการใช้เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) หรือเครื่องมือเทียบเท่า ครบถ้วน เหมาะสม เพียงพอ พร้อมใช้งาน
3. กรณีสำนักงานฯ ตรวจพบหรือมีข้อร้องเรียนว่าผู้ดำเนินงานบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จแล้ว สำนักงานฯ ตรวจสอบพบว่าบันทึกข้อมูลครั้งนั้นเป็นเท็จ สำนักงานฯ จะไม่จ่ายเงินสนับสนุนการให้บริการในครั้งนั้นกับหน่วยบริการ
4. หากสำนักงานฯ ตรวจสอบพบหรือมีข้อร้องเรียนว่ามีการบันทึกข้อมูลการให้บริการอันเป็นเท็จในภายหลัง หน่วยบริการจะต้องคืนเงินที่ได้รับไปแล้วให้สำนักงานฯ ถ้าหน่วยบริการไม่คืนสำนักงานฯ มีสิทธิหักเงินสนับสนุนที่พึงจะจ่ายให้แก่หน่วยบริการ
5. หน่วยบริการจะต้องเก็บเอกสารการให้บริการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ดำเนินการตรวจสอบการปฏิบัติงานหรือเอกสารในหน่วยบริการได้ตลอดเวลาที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร
6. กิจกรรมนี้ชดเชยเฉพาะหน่วยบริการ/สถานพยาบาล/หน่วยงานที่แสดงความจำนงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เท่านั้น
7. ผู้รับบริการที่นำข้อมูลมาบันทึกเพื่อขอรับค่าชดเชยบริการต้องยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

6. การคัดกรองภาวะซีด

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงภาวะซีด ตามช่วงวัยดังนี้

- 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

อัตราชดเชย อัตราชดเชยขึ้นอยู่กับประเภทการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

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

เงื่อนไขการเบิกจ่าย

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

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องการ

1. ชักประวัติการรับประทานอาหาร ประวัติบุคคลในครอบครัว
2. เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะโลหิตซีด
3. ให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซีดกับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองก่อนและหลังการคัดกรอง
4. บันทึกผลการคัดกรองลงในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของหน่วยบริการ/สถานบริการ
5. แจ้งผลการคัดกรองให้กับผู้รับบริการ หรือผู้ปกครองทราบ
6. กรณีผลการตรวจเลือดพบความผิดปกติ ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา

หมายเหตุ

กรณีเจาะเลือดในเด็กต้องได้รับการอนุญาตจากพ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นลายลักษณ์อักษรและเก็บไว้เป็นหลักฐาน

7. การวางแผนครอบครัว

7.1 การคุมกำเนิดชั่วคราว

กลุ่มเป้าหมาย หญิงวัยเจริญพันธุ์

อัตราค่าบริการ	การคุมกำเนิดชั่วคราว		
	1) ยาฉีดคุมกำเนิด	เข็มละ 60 บาท	ไม่เกิน 5 ครั้งต่อปี
	2) ยาฝังคุมกำเนิด	ครั้งละ 2,500 บาท	3 ปี ต่อ 1 ครั้ง
	3) ห่วงอนามัยคุมกำเนิด	ครั้งละ 800 บาท	1 ครั้งต่อปี

ไม่ครอบคลุมการใช้ยาคุมกำเนิดเพื่อการรักษา

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

7.2 การคุมกำเนิดถาวร

กลุ่มเป้าหมาย วัยเจริญพันธุ์ เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วน

อัตราค่าบริการ

- 1) หมันชาย คนละ 500 บาท
- 2) หมันหญิง (เฉพาะหมันแท้ง) คนละ 1,000 บาท

** การทำหมันเปียกถือเป็นกรณีผู้ป่วยใน (IP) ให้เบิกชดเชยจากระบบปกติที่สำนักงานฯ กำหนด

8. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป

8.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 20 บาท ชดเชยไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี

*** กิจกรรมนี้ไม่สามารถเบิกชดเชยร่วมกับกิจกรรมฝากครรภ์ และตรวจหลังคลอดได้ หญิงอยู่ในช่วงให้นมบุตรและมีประจำเดือน ***

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. บุคลากรสาธารณสุข ควรแนะนำให้ผู้รับบริการทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังการให้บริการนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
2. ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีคลำเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข

8.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 250 บาท (1 ครั้งต่อคนต่อปี)

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. หน่วยบริการ/สถานบริการต้องแจ้งผลการตรวจ Pap smear ให้ผู้รับบริการทราบ ทุกกรณี (ทั้งกรณีปกติ และผิดปกติ) โดยมอบเอกสารแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง และติดตามหรือแจ้งให้ผู้รับบริการที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้ารับการรักษาตามสิทธิการรักษา

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการ/สถานพยาบาล บันทึกข้อมูลการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (หน่วยบริการตรวจคัดกรอง) ให้ครบถ้วน
2. หน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่ไม่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ภายในหน่วยบริการของตนเอง ให้ส่งสไลด์ไปตรวจยังห้องปฏิบัติการที่ผ่านการตรวจประเมินจากสำนักงานฯ ตามรายชื่อที่สำนักงานฯ กำหนด
3. หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนดให้ครบถ้วน

หมายเหตุ

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

8.3 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการรักษากรณี Epithelial Cell Abnormality

อัตราค่าใช้จ่าย 100 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบผลการตรวจคัดกรองและได้รับการดูแลรักษากรณีผลการตรวจผิดปกติ

เงื่อนไขข้อยกเว้น

1. หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และประสานผู้รับบริการเพื่อแจ้งผล/ติดตามการรักษา ในกรณีผลการตรวจเป็น Epithelial Cell Abnormality
2. บันทึกข้อมูลการแจ้งผล/ติดตามการรักษาผ่าน Follow Papsmear ในโปรแกรม BPPDS
3. ผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

8.4 แจ้งผลการตรวจและติดตามผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เข้ารับการ รักษากรณี Endocervical adenocarcinoma in situ

อัตราค่าใช้จ่าย 1,000 บาท/คน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบผลการตรวจคัดกรองและได้รับการติดตามเพื่อเข้ารับการดูแลรักษาในระยะเริ่มต้น

เงื่อนไขข้อยกเว้น

1. หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและประสานผู้รับบริการเพื่อแจ้งผล/ติดตามการรักษา ในกรณีผลการตรวจเป็น Endocervical adenocarcinoma in situ
2. บันทึกข้อมูลการแจ้งผล/ติดตามการรักษาผ่าน Follow Papsmear ในโปรแกรม BPPDS
3. ผู้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

9. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)
ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ

- 1) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ชดเชย 50 บาท /ครั้ง/คน/ปี
 กลุ่มเป้าหมายอายุ 15 ปีขึ้นไป
 - 2) การตรวจคัดกรองไขมัน (Total Cholesterol ,HDL,LDL และTriglyceride)
 ชดเชย 300 บาท/ครั้ง/คน/ปี
 - อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่า BMI มากกว่า 25 กก/ม²
 - อายุต่ำกว่า 35 ปี ต้องมีประวัติบิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ
- ** ชดเชยเฉพาะวิธีการเจาะเลือดทาง Vein เท่านั้น**

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบเอว การตรวจเลือดโดย DTX หรือ FBS เพื่อหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่
 - DTX / FBS ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจอย่างน้อย 8 ชั่วโมง
 - Total Cholesterol,HDL,LDL และTriglyceride ต้องงดน้ำและอาหารก่อนตรวจ อย่างน้อย 12 ชั่วโมง

หมายเหตุ

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

10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่ผ่านการตรวจคัดกรองความเสี่ยงแล้ว พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

อัตราชดเชยบริการ รายละ 2,000 บาท รวมการตรวจยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการ

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. กิจกรรมนี้ชดเชยเฉพาะหน่วยบริการ/สถานพยาบาล/หน่วยงานที่มีข้อตกลง หรือสัญญาให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เท่านั้น
2. กิจกรรมนี้จะได้รับการชดเชยเมื่อหน่วยบริการ/สถานบริการสมัครเข้าร่วมโครงการกับหน่วยงาน/องค์กร ที่สำนักงานฯ มอบหมาย ให้ดูแลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. จ่ายค่าชดเชยในกรณีที่ให้บริการกับผู้ที่ยังไม่ป่วยเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน

11. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มี **อายุ 30 ปีขึ้นไป** ที่ป่วยด้วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และผู้พิการ

อัตราค่าบริการ รายละ 300 บาท แบ่งจ่ายเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 1 จ่ายค่าบริการต่อการให้บริการผู้รับบริการ 1 ราย ดังนี้

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

2. ดำเนินกิจกรรมครบ ขั้นตอนที่ 2 จ่ายค่าบริการ รายละ 100 บาท

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

กิจกรรมขั้นตอนที่ 1

- 1.1 การคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q)
- 1.2 การประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) เมื่อผลการตรวจคัดกรองด้วย 2 คำถาม
ให้ผลบวก
- 1.3 การประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม
มากกว่าหรือเท่ากับ 7
- 1.4 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)

เงื่อนไขการขอใช้บริการ

1. สำนักงานฯ จะขอใช้บริการให้หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน ที่ผู้ให้บริการเป็นบุคลากรได้ผ่านการอบรมจากสถาบันหรือองค์กรที่น่าเชื่อถือ โดยใช้มาตรฐานเดียวกับกรมสุขภาพจิต หรือแบบประเมินมาตรฐานอื่น เช่น ราชวิทยาลัย
2. ผู้รับบริการต้องเป็นผู้ป่วย OP หรือ IP หน่วยบริการ/สถานบริการนั้นๆ เพราะเป็นการให้บริการต่อเนื่อง
3. ผู้รับบริการ 1 ราย ต้องมีประวัติการรับบริการตรวจคัดกรองตามขั้นตอนที่สำนักงานฯ กำหนดจึงจะได้รับการขอใช้บริการ

แนวทางการดำเนินงาน
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก
ปีงบประมาณ 2560

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันเชิงรุก ปีงบประมาณ 2560
อัตราทดค่าใช้จ่ายบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก รายการกิจกรรม

รายการ	หน่วย	อัตราทด (บาท)	เงื่อนไขการทด ค่าบริการ	หน่วยให้บริการ บริการ
1. ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)	ครั้งละ	100	คน/ปีการศึกษา	หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการเชิงรุก
2. ทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษา				
2.1 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่1-2				
- ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	ครั้งละ	100	1ครั้ง/ปีการศึกษา	หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการ ทันตกรรมเชิงรุก
- เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่ม เสี่ยง	ครั้งละ	100	2ครั้ง/ปีการศึกษา	
- เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	ซี่ละ	250	ตามความจำเป็น	
- ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	ครั้งละ	250	1ครั้ง/ปีการศึกษา	
- อุดฟัน (ถาวร) ฟันน้ำนม, ฟันแท้	1ด้าน	350/ซี่	ตามความจำเป็น	
	>1ด้าน	400/ซี่	ตามความจำเป็น	
- ถอนฟันน้ำนม	ซี่ละ	200	ตามความจำเป็น	
- การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	ซี่ละ	-ฟัลโฟโตมี 480/ซี่ -ฟัลเพคโตมี ฟันหลัง 970 /ซี่	ตามความจำเป็น	
			ตามความจำเป็น	
			ตามความจำเป็น	
2.2 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่6				หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการ ทันตกรรมเชิงรุก ภาครัฐ
- ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	ครั้งละ	100	1ครั้ง/ปีการศึกษา	
- เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	ซี่ละ	250	ตามความจำเป็น	
- เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชใน กลุ่มเสี่ยง	ครั้งละ	100	2ครั้ง/ปีการศึกษา	
- อุดฟันแท้	1ด้าน	350/ซี่	ตามความจำเป็น	
	>1ด้าน	400/ซี่	ตามความจำเป็น	
- ถอนฟัน	ซี่ละ	200	ตามความจำเป็น	
- ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	ครั้งละ	250	1ครั้ง/ปีการศึกษา	
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถาน ประกอบการ/ชุมชน				หน่วยบริการ/ สถานบริการที่เข้า ร่วมให้บริการเชิงรุก
3.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่	ครั้งละ	20	ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี	
3.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear	ครั้งละ	250	1 ครั้งต่อปี	

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ปีงบประมาณ 2560

กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

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

ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนด กิจกรรม เจือนไซ และอัตราค่าชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ดังนี้

1. ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)

กลุ่มเป้าหมาย เด็กนักเรียนชั้น ป.1 - ป.6 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

อัตราชดเชยบริการ 100 บาท / คน / ปีการศึกษา

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กนักเรียน ดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต
2. ชักประวัติ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย และรับภูมิคุ้มกันโรค บันทึกไว้เป็นหลักฐาน โดยพยาบาลวิชาชีพ
3. ตรวจร่างกายทุกระบบ (ตรวจร่างกาย 10 ท่า)
4. วัดสายตาด้วยแผ่นภูมิสนลเลน (Snellen's Chart)
5. ตรวจการได้ยินอย่างง่าย
6. ประเมินสภาวะช่องปาก
7. ประเมินภาวะซีด
8. ประเมินการเจริญเติบโตของเด็ก 2 เกณฑ์ คือ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง
9. สอนสุขศึกษา หรือจัดกิจกรรมให้ความรู้กับนักเรียน / ครู
10. กรณีตรวจคัดกรองสุขภาพแล้วพบความเสี่ยง หรือความผิดปกติด้านสุขภาพ ให้ดำเนินการให้คำปรึกษา หรือส่งต่อรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ
11. ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น สำหรับนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น การให้ยาแก้ปวด

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานบริการ

1. เป็นหน่วยบริการ/สถานบริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสถานพยาบาลร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2555
2. มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตราค่าจ้าง และแผนออกปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนเป็นลายลักษณ์อักษร

3. มีความพร้อมในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน

ด้านบุคลากร

- แพทย์ หรือพยาบาลวิชาชีพ มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน
- ต้องมีผู้รับผิดชอบหลักและผู้ประสานงาน อย่างน้อย 1 คน
- ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน

ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์

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

การแบ่งพื้นที่การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียน (อนามัยโรงเรียน) เป็น 6 โซน

โซน	ชื่อเขตที่อยู่ในพื้นที่
1	พระนคร ปทุมวัน ยานนาวา บางคอแหลม สัมพันธวงศ์ สาทร ป้อมปราบฯ บางรัก (8 เขต)
2	ดินแดง ลาดพร้าว วังทองหลาง ห้วยขวาง บางกะปิ มีนบุรี หนองจอก คลองสามวา บึงกุ่ม คันนายาว สะพานสูง (11 เขต)
3	บางนา คลองเตย วัฒนา ประเวศ พระโขนง สวนหลวง ลาดกระบัง (7 เขต)
4	ราชเทวี บางซื่อ ดุสิต พญาไท จตุจักร หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม บางเขน (9 เขต)
5	บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ บางพลัด บางแค ภาษีเจริญ หนองแขม ทวีวัฒนา ดลิ่งชัน (8 เขต)
6	ธนบุรี คลองสาน จอมทอง บางบอน ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ บางขุนเทียน (7เขต)
หมายเหตุ: การแบ่งโซนอ้างอิงตาม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	

เกณฑ์ของการจัดสรรพื้นที่การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ดังนี้

1. หน่วยบริการให้บริการอนามัยโรงเรียนแก่โรงเรียนเป้าหมายตามโซนที่สำนักงานฯ กำหนด (หน่วยบริการและโรงเรียนอยู่ในโซนเดียวกัน)
2. กรณีการให้บริการข้ามโซน
 - 2.1 เป็นโรงเรียนที่ไม่มีหน่วยบริการ/ สถานบริการ ในโซนรับผิดชอบในการให้บริการ
 - 2.2 เป็นพื้นที่หรือเขตติดต่อ หรือ ใกล้เคียงกับหน่วยบริการ/ สถานบริการที่จะเข้าให้บริการ
 - 2.3 ต้องเสนอแผนการจัดบริการและได้รับการอนุมัติ จาก สำนักงานฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. หน่วยบริการ/สถานบริการ ต้อนรับการดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก พร้อมจัดทำแผนการบริการส่งให้ สปสช.
2. สำนักงานฯ สรุบบัข้อมูล จัดสรรเป้าหมายตามพื้นที่บริการ จัดทำแผนของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. แจ้งแผนให้หน่วยบริการ/สถานบริการ ดำเนินการตามแผน
4. กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางและแผน

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. เป้าหมายโรงเรียนที่ให้บริการต้องเป็นโรงเรียนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่หน่วยบริการแจ้งไว้กับสำนักงานฯ กรณีให้บริการซ้ำซ้อน สำนักงานฯ จะพิจารณาเบิกจ่ายชดเชยบริการให้กับหน่วยบริการตามแผนของสำนักงานฯ
2. ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนต้องเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพ
3. ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด
4. บันทึกข้อมูลการบริการเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (BPPDS) และสำนักงานฯ จะประมวลผลและเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการ ตามกำหนดรอบการส่งข้อมูล ในคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมและป้องกันโรค (P&P)
5. ผู้ให้บริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการตรวจสุขภาพ จากเด็กนักเรียนได้ กรณีที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามที่สำนักงานฯ กำหนด
6. จะต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อพร้อมให้สำนักงานฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ

หมายเหตุ

โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. การบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากและฟันในกลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษา
2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันในกลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-2 และประถมศึกษาปีที่ 6 ที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุก

1. กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ให้ดำเนินการดังนี้
 - 1) ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน
 - 2) ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและสอนการแปรงฟัน
 - 3) แจกแปรงสีฟัน (ที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับช่วงวัย)
 - 4) รายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากรายบุคคลของเด็กนักเรียนแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ และสรุปรายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปากให้กับโรงเรียน
 - 5) มีระบบการส่งต่อ กรณีตรวจคัดกรองแล้วพบความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ ให้ดำเนินการให้คำแนะนำและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษากับหน่วยบริการ / สถานบริการ ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงาน หรือส่งต่อรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ
2. กิจกรรมบริการทันตกรรมแบบผสมผสาน (Comprehensive care) ในหน่วยบริการ เมื่อผลการตรวจคัดกรองพบความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ กรณีมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาต่อ หน่วยบริการสามารถให้บริการได้ตามกิจกรรม ดังนี้
 - 1) เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง
 - 2) เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้
 - 3) ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก
 - 4) อุดฟัน (ถาวร) ฟันน้ำนม, ฟันแท้
 - 5) ถอนฟันน้ำนม
 - 6) การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานบริการทันตกรรมและความพร้อมในการจัดบริการ

1. หน่วยบริการ/สถานบริการแจ้งความประสงค์หรือแสดงความจำนงการจัดบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในโรงเรียน
2. หน่วยให้บริการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยให้บริการด้านทันตกรรม
3. มีความพร้อมด้านบุคลากร ผู้ให้บริการต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ
4. มีความพร้อมด้านเครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน

การแบ่งพื้นที่การบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุก เป็น 6 โซน

โซน	ชื่อเขตที่อยู่ในพื้นที่
1	พระนคร ปทุมวัน ยานนาวา บางคอแหลม สัมพันธวงศ์ สาทร ป้อมปราบฯ บางรัก (8 เขต)
2	ดินแดง ลาดพร้าว วังทองหลาง ห้วยขวาง บางกะปิ มีนบุรี หนองจอก คลองสามวา บึงกุ่ม คันนายาว สะพานสูง (11 เขต)
3	บางนา คลองเตย วัฒนา ประเวศ พระโขนง สวนหลวง ลาดกระบัง (7 เขต)
4	ราชเทวี บางซื่อ ดุสิต พญาไท จตุจักร หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม บางเขน (9 เขต)
5	บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ บางพลัด บางแค ภาษีเจริญ หนองแขม ทวีวัฒนา ดลิ่งชัน (8 เขต)
6	ธนบุรี คลองสาน จอมทอง บางบอน ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ บางขุนเทียน (7เขต)
หมายเหตุ: การแบ่งโซนอ้างอิงตาม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	

เกณฑ์ของการจัดสรรพื้นที่การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ดังนี้

- 1.หน่วยบริการให้บริการแก่โรงเรียนเป้าหมายตามโซนที่สำนักงานฯ กำหนด (หน่วยบริการและโรงเรียนอยู่ในโซนเดียวกัน)
2. กรณีการให้บริการข้ามโซน
 - 2.1 เป็นโรงเรียนที่ไม่มีหน่วยบริการ/ สถานบริการ รับผิดชอบในการให้บริการ
 - 2.2 เป็นพื้นที่หรือเขตติดต่อ หรือ ใกล้เคียงกับหน่วยบริการ/ สถานบริการที่จะเข้าให้บริการ
 - 2.3 ต้องเสนอแผนการจัดบริการและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานฯ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. หน่วยบริการ/สถานบริการ ตอบรับการดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก พร้อมจัดทำแผนการบริการส่งให้สำนักงานฯ
2. สำนักงานฯ สรุบบข้อมูล จัดสรรเป้าหมายตามพื้นที่บริการ จัดทำแผนของเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
3. แจกแผนให้หน่วยบริการ/สถานบริการ ดำเนินการตามแผน
4. กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้บริการให้เป็นไปตามแนวทางและแผน

เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด
2. บันทึกข้อมูลการบริการเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่านทางโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (BPPDS) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (www.bkk.nhso.go.th) และสำนักงานฯ จะประมวลผลและเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการ ตามกำหนดกรอบการส่งข้อมูล ในคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมและป้องกันโรค (P&P)
3. ผู้ให้บริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ กรณีที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามที่สำนักงานฯ กำหนด
4. ผู้ให้บริการจะต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อพร้อมให้สำนักงานฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ

ตารางกิจกรรมบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุก สำหรับเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขการขดเขย	หน่วยให้บริการ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-2	ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	หน่วยบริการ/สถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการทันตกรรมเชิงรุก
	เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง	100 บาท/ครั้ง	2 ครั้ง/ปีการศึกษา	
	เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	250 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	250 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	
	อุดฟัน (ถาวร) ฟันน้ำนม, ฟันแท้	1 ด้าน = 350 บาท/ซี่ มากกว่า 1 ด้าน = 400บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ถอนฟันน้ำนม	200 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	-ฟัลโฟโตมี = 480 บาท/ซี่ -ฟัลเพคโตมี ฟันหลัง=970 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	หน่วยบริการ/สถานบริการที่เข้าร่วมให้บริการทันตกรรมเชิงรุก (เฉพาะภาครัฐ)
	เคลือบหลุมร่องฟันเด็กฟันแท้	250 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิชในกลุ่มเสี่ยง	100 บาท/ครั้ง	2 ครั้ง/ปีการศึกษา	
	อุดฟันแท้	1 ด้าน = 350 บาท/ซี่ มากกว่า 1 ด้าน = 400บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ถอนฟัน	200 บาท/ซี่	ตามความจำเป็น	
	ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปาก	250 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปีการศึกษา	

หมายเหตุ

- บุคลากรผู้ให้บริการด้านทันตกรรมทุกประเภทต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเท่านั้น การให้บริการทุกประเภทจะต้องมีการบันทึกข้อมูลและเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อพร้อมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ และต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้อย่างน้อย 5 ปี
- โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน

คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานบริการร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก

1. เป็นโรงพยาบาลรัฐ/เอกชน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ สถานบริการ ร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีเป็นสถานพยาบาล เอกชนต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พ.ศ.2547 และพ.ศ.2555 โดยแจ้งความประสงค์เข้าร่วมให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกมายังสำนักงานฯ

2. มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตรากำลัง แผนออกปฏิบัติงานเชิงรุกเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งแจ้งแผนมายังสำนักงานฯ ตรวจสอบก่อนออกปฏิบัติงานเชิงรุก

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

3.1 บุคลากร ต้องมีผู้รับผิดชอบหลักและผู้ประสานงานในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นวิชาชีพ ต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน

3.2 เครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และพาหนะ

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

3.4 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิกอย่างน้อยต้องประกอบด้วยเครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว อุปกรณ์ในการ เจาะเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต

3.5 มีแผ่นพับให้ความรู้ให้กับผู้รับบริการ

3.1 การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 20 บาท ชดเชยไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี

*** กิจกรรมนี้ไม่สามารถเบิกชดเชยร่วมกับกิจกรรมฝากครรภ์ และตรวจหลังคลอดได้ หญิงอยู่ในช่วงให้นมบุตรและมีประจำเดือน ***

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. บุคลากรสาธารณสุข ควรแนะนำให้ผู้รับบริการทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภายหลังการให้บริการนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
2. ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธีคลำเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข

3.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear

กลุ่มเป้าหมาย เพศหญิง อายุ 15 ปี ขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ ครั้งละ 250 บาท (1 ครั้งต่อคนต่อปี)

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. หน่วยบริการ/สถานบริการต้องแจ้งผลการตรวจ Pap smear ให้ผู้รับบริการทราบ ทุกกรณี (ทั้งกรณีปกติ และผิดปกติ) โดยมอบเอกสารแจ้งผลการตรวจให้ผู้รับบริการไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง และติดตามหรือแจ้งให้ผู้รับบริการที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้ารับการรักษาสืบเนื่องการรักษา

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการ/สถานพยาบาล บันทึกข้อมูลการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(หน่วยบริการตรวจคัดกรอง) ให้ครบถ้วน
2. หน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่ไม่มีบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ภายในหน่วยบริการของตนเอง ให้ส่งสไลด์ไปตรวจยังห้องปฏิบัติการที่ผ่านการตรวจประเมินจากสำนักงานฯ ตามรายชื่อที่สำนักงานฯ กำหนด
3. หน่วยตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนด ให้ครบถ้วน

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

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

3.3 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

อัตราชดเชยบริการ

1. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น ชดเชย 50 บาท /ครั้ง/คน/ปี
- กลุ่มเป้าหมาย อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. การตรวจคัดกรองไขมัน (Total Cholesterol ,HDL,LDL และTriglyceride)
- ชดเชย 300 บาท/ครั้ง/คน/ปี
- อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่าBMI มากกว่า 25กก/ม²
 - อายุต่ำกว่า 35 ปี ต้องมีประวัติบิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ
- ** ชดเชยเฉพาะวิธีการเจาะเลือดทาง Vein เท่านั้น

กิจกรรมขั้นพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

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

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่

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

หมายเหตุ

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

แนวทางการให้บริการ
งานทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน
ในหน่วยบริการ/สถานบริการ
เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
ปีงบประมาณ 2560

แนวทางการให้บริการงานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/สถานบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2560

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อควบคุมและป้องกันปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากและฟัน ในทุกกลุ่มวัย โดยเน้นกลุ่มเด็กปฐมวัย และกลุ่มผู้สูงอายุ
- 1.2 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์
- 1.3 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการจัดบริการด้านทันตกรรม อันจะส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

2. กลุ่มเป้าหมาย

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

3. กิจกรรมบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

- 3.1 การตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำ ในทุกกลุ่มวัย
 - ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน
 - ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากและสอนการแปรงฟัน
 - รายงานผลการตรวจสุขภาพช่องปาก รายบุคคลให้ผู้รับบริการทราบ
 - มีระบบการส่งต่อ กรณีตรวจคัดกรองแล้วพบความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติ ให้ดำเนินการให้คำแนะนำและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ ,
 - กรณีตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก (อายุ 6 เดือน-5 ปี) แล้วพบว่า มีฟันขึ้นแล้วแต่ยังไม่ขึ้น ต้องให้คำแนะนำผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน แจกแปรงสีฟันเด็ก และให้ฟลูออไรด์ (Tablet)
- 3.2 เคลือบฟลูออไรด์เจลหรือวานิช สำหรับเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง (อายุ 6 เดือน-5 ปี) และทาฟลูออไรด์เจลในผู้สูงอายุ
- 3.3 ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้งปากในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

4. คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานบริการทันตกรรมและความพร้อมในการจัดบริการ

- 4.1 หน่วยให้บริการผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยร่วมให้บริการด้านทันตกรรม
- 4.2 มีความพร้อมด้านบุคลากร ผู้ให้บริการต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ
- 4.3 มีความพร้อมด้านเครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน

5. เงื่อนไขการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ

- 5.1 ให้บริการครบถ้วนตามกิจกรรมขั้นพื้นฐานตามที่สำนักงานฯ กำหนด
- 5.2 บันทึกข้อมูลการบริการเพื่อเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการผ่านทางโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (BPPDS) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร (www.bkk.nhso.go.th)และสำนักงานจะประมวลผลและเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการ/สถานบริการตามกำหนดรอบการส่งข้อมูล ในคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมและป้องกันโรค (P&P)
- 5.3 ผู้ให้บริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการจากผู้รับบริการ กรณีที่เป็นสิทธิประโยชน์ตามที่สำนักงานฯ กำหนด

6. ตารางกิจกรรมและอัตราค่าบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการ/สถานบริการ

ลำดับ	กลุ่มเป้าหมาย	กิจกรรม	อัตราค่าบริการ	เงื่อนไขการ ขอรับ	หน่วยให้บริการ
1	เด็กอายุ 6เดือน-5 ปี	ตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	หน่วยบริการ/ สถานบริการ ให้บริการ ทันตกรรม
		เคลือบฟลูออไรด์เจล หรือวานิชในกลุ่มเสี่ยงสำหรับเด็ก อายุ 6 เดือน-5ปี	100 บาท/ครั้ง	2 ครั้ง/ปี	
2	อายุตั้งแต่ 6-14 ปี	ตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
3	อายุตั้งแต่ 15-59 ปี	ตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
4	อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป	ตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
		ทาฟลูออไรด์วานิช	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
5	หญิงตั้งครรภ์	ตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำ	100 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	
		ชุดหินปูนและทำความสะอาดฟันทั้ง ปากใน หญิงตั้งครรภ์	400 บาท/ครั้ง	1 ครั้ง/ปี	

หมายเหตุ

บุคลากรผู้ให้บริการด้านทันตกรรมทุกประเภทต้องเป็นทันตแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเท่านั้น การให้บริการทุกประเภทจะต้องมีการบันทึกข้อมูลและเก็บหลักฐานการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ เพื่อพร้อมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายตรวจสอบ และต้องเก็บหลักฐานการให้บริการไว้อย่างน้อย 5 ปี

วิธีปฏิบัติในการชดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน

1. การให้บริการและบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการ/สถานบริการ

1.1 ต้องให้บริการเป็นไปตามแนวปฏิบัติบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัย ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือกรมวิชาการอื่นๆ เช่นกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.2 บันทึกข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและทันตกรรมที่ส่งผ่านโปรแกรม BPPDS

1.3 บันทึกการให้บริการในเวชระเบียนของผู้รับบริการ/สมุดทะเบียนแต่ละประเภท/เอกสารบันทึกการให้บริการที่มีรายละเอียดการบริการสำหรับให้สำนักงานฯ ตรวจสอบการให้บริการของหน่วยบริการ/สถานบริการได้

2. การประมวลผลข้อมูลและจ่ายชดเชยค่าบริการของสำนักงานฯ

2.1 สำนักงานฯ จะดำเนินการประมวลผลข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและทันตกรรมที่ส่งผ่านโปรแกรม BPPDS ทุกเที่ยงคืนของทุกวัน หน่วยบริการ/สถานบริการสามารถดูผลการส่งรายงานได้ในเวลา 13.00 น. ของวันถัดไป

2.2 ข้อมูลที่ผ่านการประมวลผลแล้วจะตัดข้อมูลเพื่อจ่ายเงินทุกสิ้นเดือน กรณีที่ส่งข้อมูลไม่ทันช่วงเวลาตัดรอบ สำนักงานฯ จะดึงข้อมูลที่ส่งเข้ามาตัดจ่ายในรอบถัดไป กรณีส่งข้อมูลเลยวันที่ 30 กันยายน ให้ส่งข้อมูลได้ถึงวันที่ 31 ธันวาคม และสำนักงานฯ จะดึงข้อมูลมาจ่ายเงินในเดือนมกราคมของปีถัดไป

2.3 กรณีผลการส่งข้อมูลไม่ผ่านการประมวลผลหน่วยบริการ/สถานบริการสามารถแก้ไขโดยการยกเลิกข้อมูลในกิจกรรมนั้นแล้วบันทึกข้อมูลใหม่

2.4 กรณีผลการส่งข้อมูลผ่านการประมวลแล้ว หน่วยบริการ/สถานบริการไม่สามารถ แก้ไข/เปลี่ยนแปลง/ยกเลิกข้อมูลในกิจกรรมนั้นได้ และถ้าต้องการแก้ไขข้อมูลให้ทำหนังสือพร้อมแจ้งเหตุผลไปยังสำนักงานฯ เพื่อขอแก้ไขข้อมูลเท่านั้น (ตัวอย่างหนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล ตามภาคผนวก 2)

แนวทางการส่งข้อมูลเพื่อเบิกชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กรณีมีการให้บริการซ้ำซ้อน

ในกรณีมีการบันทึกข้อมูลบริการซ้ำซ้อนในกิจกรรมเดียวกันของผู้รับบริการคนเดียวกัน และสำนักงานฯ ได้ประมวลผลชดเชยค่าบริการให้กับหน่วยบริการแรกที่บันทึกข้อมูล เช่น กิจกรรมการฝากครรภ์ครั้งแรก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear การตรวจUltrasoundในหญิงตั้งครรภ์ บริการทันตกรรมเป็นต้น สำนักงานฯ ขอให้หน่วยบริการ/สถานบริการที่ไม่ได้รับการเบิกชดเชยได้ปฏิบัติตามดังนี้

1. ทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานฯ พร้อมแนบเอกสาร/หลักฐานการให้บริการไปยังสำนักงานฯ เพื่อประกอบการพิจารณาเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการ (ตัวอย่างหนังสือการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ ตามภาคผนวก 2)

2. สำนักงานฯ จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลภายใน 45 วัน หากพบว่าหน่วยบริการ/สถานบริการที่ทำหนังสือมา มีการให้บริการจริง สำนักงานฯ จะชดเชยบริการตามอัตราที่สำนักงานฯ กำหนด

3. สำนักงานฯ ดำเนินการตรวจสอบและแจ้งผลการตรวจสอบข้อมูลให้หน่วยบริการรับทราบ และจ่ายชดเชยบริการในกรณีที่ผลการตรวจสอบพบว่ามีบริการให้บริการจริง

การตรวจสอบขดเชยค่าบริการ

สำนักงานฯ มีสิทธิดำเนินการตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนผู้รับบริการ และหลักฐานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานบริการ

การตรวจสอบการขดเชยค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1. การตรวจสอบข้อมูลการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานบริการ จากโปรแกรม BPPDS
2. การตรวจสอบเวชระเบียนและหลักฐานการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานบริการ ก่อนและหลังการขดเชยค่าบริการ
3. การตรวจสอบ กรณีที่สำนักงานฯ ได้รับการร้องเรียนจากประชาชน /หน่วยบริการ/สถานบริการ กรณีการให้บริการที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ จะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยบริการ/สถานบริการ ที่ถูกร้องเรียน หากหน่วยบริการ/สถานบริการไม่ดำเนินการส่งเอกสารยืนยันการให้บริการตามที่สำนักงานฯ กำหนด สำนักงานฯ จะถือว่าหน่วยบริการ/สถานบริการนั้นจงใจปกปิดข้อมูล หรือให้บริการที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ จะดำเนินการเรียกเงินคืนหรือหักเงินที่จะจ่ายในงวดถัดไป และลบข้อมูลการให้บริการออกจากระบบ

ระยะเวลาการอุทธรณ์ข้อมูลการให้บริการ (อุทธรณ์เป็นเอกสาร)

ในปีงบประมาณ 2560 หน่วยบริการ/สถานบริการ จะต้องดำเนินการอุทธรณ์ข้อมูลให้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2560

กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่หน่วยบริการ/สถานบริการ ต้องส่งแบบตอบรับการดำเนินงานก่อนการจัดบริการ ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้

1. บริการคุณภาพการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยผู้ให้การปรึกษา (Counselor)
2. บริการดูแลสุขภาพประชาชน โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)
3. การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการด้วยเครื่องมือ Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I หรือเครื่องมือเทียบเท่า
4. บริการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ารายบุคคล และการให้ความรู้คำแนะนำผู้ปกครองในการส่งเสริมและติดตามประเมินพัฒนาการของเด็ก
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคอ้วน
6. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง
7. กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันเชิงรุก
 - 7.1 ตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษา (อนามัยโรงเรียน)
 - 7.2 ทันตกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา
 - 7.3. บริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกในสถานประกอบการ/ชุมชน
8. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care: HHC)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. หน่วยบริการ/สถานบริการ ต้องส่งแบบตอบรับการดำเนินงานให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมายังสำนักงานฯ
2. สำนักงานฯ ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานบริการตามเงื่อนไขการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม
3. สำนักงานฯ แจ้งตอบรับให้หน่วยบริการ/สถานบริการ เข้าร่วมดำเนินงาน

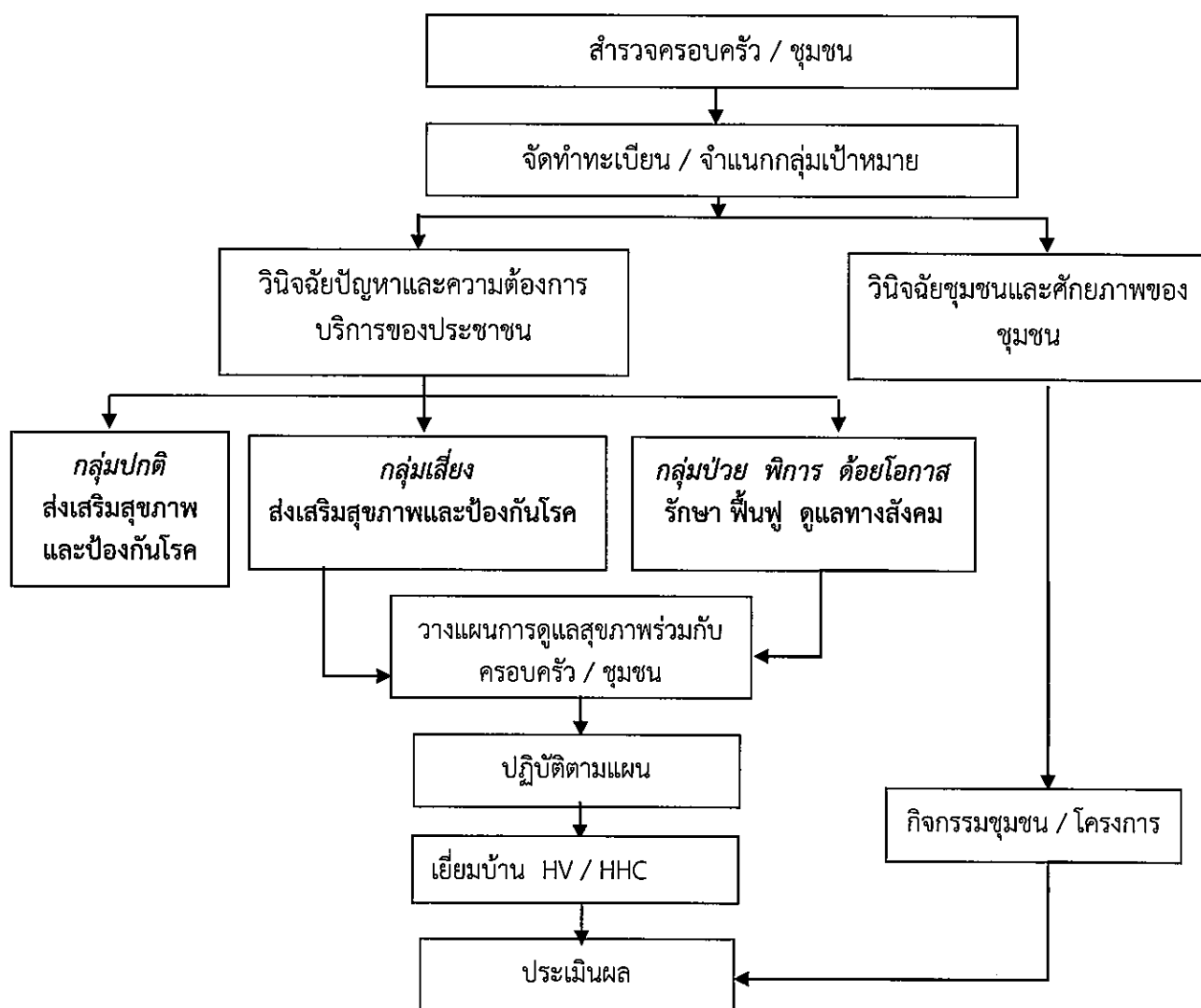
แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2560

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2560

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานะ/ปัญหา/พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ของบุคคลและ ครอบครัว รวมถึงความครอบคลุมสิทธิในการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงบริการ โดยจัดให้มีการสำรวจ การเยี่ยมติดตาม
2. เพื่อให้การดูแลสุขภาพ การพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยญาติ และผู้ดูแล สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้จัดการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง
3. ศึกษาปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมความต้องการ
4. ติดตาม ประเมินผลและให้การดูแล/รักษาพยาบาล อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน
5. ให้ความรู้/คำปรึกษา/คำแนะนำ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แก่สมาชิกของครอบครัว เพื่อสร้างพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง รวมถึงการแนะนำแหล่งบริการสาธารณสุข และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

ขั้นตอนการให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ



กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

บุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และมีสิทธิการรักษาภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่พักอาศัยจริงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ข้าราชการ องค์การส่วนปกครองท้องถิ่น และสิทธิว่าง

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร กำหนดกิจกรรม เจือนไข และอัตราชดเชยบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ ดังนี้

1. งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ แบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (P&Pนอก)

กลุ่มเป้าหมาย บุคคลในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ/สถานบริการที่ทำสัญญาไว้กับสำนักงาน ฯ

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. สำรวจสถานะสุขภาพครอบครัว/ชุมชน(กรณีเป็นชุมชนที่ไม่เคยเข้าให้บริการมาก่อน)
(ตัวอย่างแบบสำรวจข้อมูลสุขภาพครอบครัวตามภาคผนวก 3)
2. เยี่ยมบ้านและงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care)
3. งานสุขศึกษาและให้คำปรึกษา (Health Education & Counseling)
4. กิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมในชุมชน

อัตราชดเชยบริการ 40 บาทต่อประชากร (จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนดในหนังสือแสดงความจำนง/ข้อตกลง/สัญญา)

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. การเยี่ยมบ้านและงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care) หน่วยบริการ/สถานบริการต้องดำเนินกิจกรรมเยี่ยมดูแล จำนวนไม่น้อยกว่า 208 ครั้ง ต่อประชากร 10,000 คนต่อปี ซึ่งจะต้องไม่ซ้ำกับการรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และผู้ป่วยใน (IP) ในช่วงเวลาเดียวกัน
2. กิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมในชุมชน จำนวนอย่างน้อย 1 ชมรม ต่อหน่วยบริการ กรณีมีประชากรมากกว่า 10,000 คน ให้คิดสัดส่วน จำนวนชมรม 1 ชมรมต่อประชากร 10,000 คน
3. หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถบันทึกผลผู้รับบริการได้ 1 คน/ครั้ง/วัน และผู้ให้บริการ 1 คน บันทึกผลการให้บริการได้ไม่เกิน 5 ราย/วัน
4. หน่วยบริการ/สถานบริการแบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (P&Pนอก) สามารถเบิกค่าชดเชยกรณีไปเยี่ยมผู้ป่วยนอกพื้นที่รับผิดชอบของตนได้ ในกรณีผู้ป่วยอาศัยอยู่ในพื้นที่ว่าง/พื้นที่ไม่มีผู้รับผิดชอบ โดยต้องได้รับการประสานจากผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน พื้นที่กรุงเทพมหานครของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เท่านั้น อัตราชดเชย 400 - 1,000 บาท/ครั้ง (ตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ในภาคผนวก) ทั้งนี้ การจัดสรรไม่รวมกับอัตราชดเชย 40.00 บาท ต่อหัวประชากร

เงื่อนไขการดำเนินงาน

1. ด้านพื้นที่การให้บริการ

หน่วยบริการตกลงให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการแก่ประชาชนคนไทยทุกสิทธิการรักษา ที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบตามสัญญา/ข้อตกลง

2. ด้านบุคลากรและความพร้อมในการดำเนินงาน

2.1 ความพร้อมของบุคลากร

2.1.1 จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นอกหน่วยบริการ โดยจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ปฏิบัติงานเต็มเวลา (Full time) และให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการแก่ประชากรในพื้นที่รับผิดชอบประมาณ 10,000 คน

2.1.2 กรณีประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า 10,000 คน จัดให้มี สหวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เพิ่มเติมในอัตราประชากรที่รับผิดชอบประมาณ 1: 10,000 คน

2.2 ความสามารถและทักษะของบุคลากร

2.2.1 บุคลากรจะต้องมีความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT)

2.2.2 หน่วยบริการจะต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมอบหมายให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการเข้าร่วมประชุมอบรม สัมมนาต่างๆ ที่สำนักงานฯ กำหนด ทั้งนี้ ต้องจัดให้มีบุคลากรปฏิบัติงานตลอดปีงบประมาณ และมีการส่งต่องานเมื่อมีการเปลี่ยนบุคลากรใหม่ หากมีความเสียหายใดๆ เกิดขึ้น การที่หน่วยบริการอ้างถึงความไม่ต่อเนื่องในการส่งต่องานของบุคลากร ไม่เป็นเหตุให้หน่วยบริการพ้นความรับผิดชอบ

2.3 ความพร้อมเรื่องสิ่งสนับสนุน

หน่วยบริการต้องจัดให้มีความพร้อมด้านเครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ให้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานและการประสานงานกับผู้ดำเนินงานปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ รวมถึงสิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และสิ่งสนับสนุนการเดินทาง

3. ด้านการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

หน่วยบริการตกลงปฏิบัติตามกิจกรรม หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่สำนักงานฯ กำหนดทุกประการ เพื่อให้ได้คุณภาพมาตรฐานที่ดี และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งหน่วยบริการตกลงจัดกิจกรรมบริการอย่างน้อย ดังต่อไปนี้

3.1 สสำรวจชุมชน (กรณีเป็นชุมชนที่ไม่เคยเข้าให้บริการมาก่อน) เพื่อให้ได้ข้อมูลสถานะสุขภาพ เพื่อใช้วางแผนบริหารงานสาธารณสุข โดยหน่วยบริการต้องดำเนินกิจกรรมสำรวจชุมชนดังนี้

3.1.1 สสำรวจ (Scan) พร้อมจัดทำแผนที่พื้นที่รับผิดชอบ กำหนดขอบเขตพื้นที่ให้ชัดเจน แสดงครัวเรือนและสถานที่สำคัญพร้อมแสดงแผนที่ไว้ภายในหน่วยบริการ

3.1.2 สสำรวจสถานะสุขภาพของบุคคล ในแต่ละครอบครัวในแบบสำรวจสถานะครอบครัว

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

3.2 เยี่ยมบ้าน (Home Visit)

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

- (1) หญิงตั้งครรภ์
- (2) ผู้พิการ
- (3) มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด เพื่อกระตุ้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- (4) ติดตามการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ในทารกแรกเกิด
- (5) เด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ติดตามเด็กมารับวัคซีนตามกำหนดและอื่นๆที่มีความจำเป็นและเด็กพร่องภาวะโภชนาการ
- (6) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- (7) ติดตามผู้ป่วยวัณโรคมาตรวจตามนัด
- (8) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น โรคตา ต้อกระจก

3.3 เยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)

โดยหน่วยบริการต้องดำเนินการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำนวนไม่น้อยกว่า 208 ครั้งต่อประชากร 10,000 คนต่อปี การให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) จะต้องไม่ซ้ำกับการรับบริการผู้ป่วยนอก (OP) และผู้ป่วยใน (IP) และการเยี่ยมบ้าน ให้เน้นกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable)

1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงมาก ใช้เวลาในการดูแลเพียงช่วงระยะสั้นก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ไข้ดั่งอักเสบ หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดแยก มีการติดเชื้อ ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นวัณโรคปอด ผู้ป่วยหลังประสบอุบัติเหตุอาจจะต้องได้รับการผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่อง

1.2 หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงที่ยังคุมไม่ได้ มีภาวะ Postpartum blue ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น

1.3 มารดาทารกหลังคลอด ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeed) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน เพื่าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือดหลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัวในมารดาหลังคลอด

- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้
- 3) กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability)
- 4) กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (Long-term extreme disabilities)
- 5) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill with independent/partial dependent)
- 6) กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special Group)

3.4 สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมในชุมชน

โดยหน่วยบริการต้องดำเนินกิจกรรมสนับสนุนให้เกิดชมรมสุขภาพ จำนวนอย่างน้อย 1 ชมรม ต่อหน่วยบริการ กรณีมีประชากรมากกว่า 10,000 คน ให้คิดสัดส่วน จำนวนชมรม 1 ชมรมต่อประชากร 10,000 คน ประเภทของชมรม ได้แก่

- (1) ชมรมผู้สูงอายุ
 - (2) ชมรมผู้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - (3) ชมรมออกกำลังกาย
 - (4) ชมรมส่งเสริมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือชมรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอื่นๆ ตามสภาพปัญหาของชุมชน
- ทั้งนี้ ให้มีกิจกรรมต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

4. หน้าที่หน่วยบริการ

- 4.1 จัดทำแผนการให้บริการและเก็บไว้เป็นหลักฐาน
- 4.2 บันทึกผลการให้บริการไว้เป็นหลักฐานและแก้ไขที่หน่วยบริการคู่สัญญา
- 4.3 จัดทำแฟ้มครอบครัว แยกรายผู้ป่วยและลงนามผู้ให้บริการตามแบบฟอร์ม/คู่มือที่สำนักงานฯ กำหนด ในครอบครัวที่เยี่ยมบ้านและมีบันทึกการติดตามเยี่ยม และให้มีองค์ประกอบกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้แก่
 - (1) กลุ่มเด็กแรกเกิด - 5 ปี
 - (2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเพื่อกระตุ้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - (3) กลุ่มโรคเรื้อรัง
 - (4) กลุ่มผู้พิการ / ผู้ด้อยโอกาส
 - (5) กลุ่มผู้สูงอายุ
 - (6) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและให้ทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายเพื่อวางแผนการเยี่ยมตามความเหมาะสม
- 4.4 รายงานผลการดำเนินงานที่เป็นบริการรายบุคคลเชิงปริมาณ โดยส่งรายงานในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามโปรแกรมที่สำนักงานฯ กำหนดทุกเดือน ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
- 4.5 ให้บริการตามมาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการที่สำนักงานฯ กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมาตรฐานวิชาชีพกำหนด ถ้าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติ กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ เมื่อสำนักงานฯ ได้แจ้งให้หน่วยบริการทราบแล้ว ถือว่าประกาศหรือแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการที่ต้องปฏิบัติตาม

5. การประเมินผล

สำนักงานฯ จะประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ดังนี้

- 5.1 ปริมาณการให้บริการผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ทุกเดือน
- 5.2 สุ่มตรวจประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ
- 5.3 ติดตาม ตรวจสอบข้อมูล เมื่อสำนักงานฯ ได้รับข้อร้องเรียน
- 5.4 กรณีพบรายงานที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ มีสิทธิเพิกถอนข้อมูลนั้นๆ

6. การตรวจหน่วยบริการ หรือการให้บริการต่างๆ

หากสำนักงานฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ หรือมอบหมายเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ เพื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือบริการต่างๆ ที่หน่วยบริการได้จัดให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้คณะกรรมการตรวจสอบ หรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าว มีสิทธิที่จะเข้าไปตรวจสอบการปฏิบัติงาน หรือเอกสารในหน่วยบริการได้ตลอดเวลาที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

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

7. ค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

หน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการจากประชาชน ไม่ว่ากรณีใดๆ รวมค่าวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

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

8. ความรับผิดชอบในความบกพร่องและการบอกเลิก

หากหน่วยบริการผิดเงื่อนไขข้อหนึ่งข้อใด หรือไม่สามารถทำตามเงื่อนไข ให้สำนักงานฯ มีสิทธิเรียกเงินคืนหรือปรับเป็นเงินน้อยกว่านั้น ตามที่สำนักงานฯ จะเห็นสมควร

9. ระยะเวลาผูกพัน

หน่วยบริการจะบอกเลิกก่อนครบกำหนดเวลาตามวรรคหนึ่งไม่ได้ เว้นแต่หน่วยบริการมีหนังสือแจ้งบอกเลิกล่วงหน้าอย่างน้อย 90 วัน และสำนักงานฯ ได้ให้ความยินยอมแล้ว

2. การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care

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

ประเภทของหน่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care แบ่งได้ดังนี้

1. หน่วยบริการ/สถานบริการ/คู่สัญญาร่วมให้บริการเฉพาะ Home Health Care สามารถให้บริการหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตนเอง
2. หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน ให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง คือ ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

กิจกรรมพื้นฐานที่ต้องให้บริการ

1. เยี่ยมสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ภายในระยะเวลาไม่เกิน 7 วันนับจากวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยปฏิบัติตามเกณฑ์และมาตรฐานจำหน่ายการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ตามที่แต่ละวิชาชีพกำหนด และต้องมีแผนการเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง
2. กรณีเกินระยะเวลา 7 วันนับจากวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ให้หน่วยบริการ/สถานบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน Home Health Care ส่งต่อให้หน่วยบริการ/สถานบริการแบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (P&Pนอก)
3. กรณีเกินระยะเวลาเกิน 7 วัน แต่ประสงค์จะให้บริการและเบิกค่าชดเชย จะต้องเป็นไปตามแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านที่สำนักงานฯ กำหนด (แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม หน้า 62-69)

อัตราชดเชยบริการ 400 - 1,000 บาท/ครั้ง

เงื่อนไขการชดเชยบริการ

1. หน่วยบริการ/สถานบริการ สามารถบันทึกผลผู้รับบริการได้ 1 คน/ครั้ง/วัน และผู้ให้บริการ 1 คนบันทึกผลการให้บริการได้ ไม่เกิน 5 ราย/วัน
2. การติดตามอาการหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ หรือที่ OPD เมื่อผู้ป่วยมา Follow up หรือขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยได้
3. หน่วยบริการ/สถานบริการ/คู่สัญญาร่วมให้บริการเฉพาะ Home Health Care ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยกรณีที่ยกผู้ป่วยจากชุมชนได้ ยกเว้น หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน ให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง
4. หน่วยบริการ/สถานบริการ/คู่สัญญาร่วมให้บริการเฉพาะ Home Health Care ที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น สามารถเยี่ยมเฉพาะผู้ป่วยบัตรของตนเองเท่านั้น
5. คู่สัญญาร่วมให้บริการเฉพาะ Home Health Care แบบเฉพาะทาง ต้องส่งข้อมูลให้หน่วยบริการ/สถานบริการแบบมีพื้นที่รับผิดชอบ (P&Pนอก)
6. การติดตามอาการหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ หรือที่ OPD เมื่อผู้ป่วยมา Follow up หรือ ขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่สามารถเบิกค่าชดเชยได้

วิธีเบิกเงินชดเชยบริการ

ผู้ดำเนินงานส่งเบิกค่าชดเชยทางอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม ลักษณะ individual data ผ่านโปรแกรม HHC refer โดยบันทึกข้อมูลและลงรายงาน ดังนี้

- ชื่อ – สกุล ผู้รับบริการ
- เลขที่ประจำตัวประชาชน 13 หลัก ของผู้รับบริการ
- วันที่รับบริการ
- โรคที่เป็น
- กิจกรรมที่ให้บริการ
- ประเภทผู้ให้บริการ ให้ระบุ เพิ่มเติม
 - ชื่อ-นามสกุล ผู้เยี่ยม หรือหัวหน้าทีม
 - เลขที่ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ กรณีที่ผู้เยี่ยม มี ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพ
 - เลขประจำตัวประชาชน 13 หลักกรณีที่ผู้เยี่ยม ไม่มี ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
- ประเภทผู้ป่วย
- ช่องทางที่ได้รับแจ้ง
- การจำแนกประเภทกลุ่มผู้ป่วย

หมายเหตุ หน่วยบริการสามารถบันทึกผลผู้รับบริการได้ 1 คน/ครั้ง/วัน
ผู้ให้บริการ 1 คน บันทึกผลการให้บริการได้ ไม่เกิน 5 ราย/วัน

เงื่อนไขการดำเนินงาน

1. โรงพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานจะต้องแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เป็นลายลักษณ์อักษร โดยต้องส่งผ่านเกณฑ์ประเมินและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานฯ แล้ว

2. ผู้ให้บริการ ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ทั้งนี้ ผู้ให้บริการ 1 คน สามารถบันทึกผลการให้บริการได้ ไม่เกิน 5 ราย ต่อวัน

3. ระยะเวลาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)

3.1 ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ภายในระยะเวลาไม่เกิน 7 วันนับจากวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือกรณีได้รับการส่งต่อจากหน่วยบริการที่ให้การรักษาก่อนในระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน ต้องให้บริการตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยปฏิบัติตามเกณฑ์และมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่แต่ละวิชาชีพกำหนด และต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกครั้ง

เมื่อพ้นระยะเวลา 7 วันนับจากวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องส่งต่อให้หน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่ P&P นอก หรือศูนย์ประสานงานเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน พื้นที่กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์หมายเลข 02-142-0935

3.2 กรณีระยะเวลาเกิน 7 วัน แต่ประสงค์จะให้บริการและเบิกค่าชดเชย จะต้องเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง โดยเป็นผู้ป่วยกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้

3.2.1 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย/ต้องมีผู้ดูแล

3.2.2 ผู้ป่วยที่มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

3.2.3 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาในการควบคุมโรค/ อาการของโรค ไม่สนองต่อการรักษา มีภาวะแทรกซ้อน หรือต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล หรือระดับความดันโลหิต

4. ประเภทของผู้ป่วยและจำนวนครั้งของการเยี่ยม ให้เป็นไปตามเงื่อนไข

5. เมื่อผู้ดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านจนผู้ป่วยมีสภาพคงที่ ไม่จำเป็นต้องให้การดูแลด้วยวิธีพิเศษ ให้ส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ โดยช่วงเชื่อมต่อการเยี่ยมระหว่างผู้ดำเนินงานและหน่วยบริการในพื้นที่ อาจต้องทำการเยี่ยมร่วมกันก่อน 1 ครั้ง หรือประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ ก่อนที่หน่วยเยี่ยมบ้านของผู้ดำเนินงานจะยุติการเยี่ยม

6. กรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจาก Home Health care (ปิด case แล้ว) และไม่มีผู้รับผิดชอบดูแล หากจำเป็นต้องให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านซ้ำใหม่ ให้เปิดเป็น Case Home Health care รายใหม่ หรือติดต่อกลับมาที่สำนักงานฯ

7. เนื่องจากอัตราบริการมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเภทผู้ป่วย สำนักงานฯ จะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลประเภทผู้ป่วย หรือ สอบถามผู้รับบริการ ก่อนจ่ายเงินชดเชยทุกราย

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีประกาศหรือแนวทางการปฏิบัติ กำหนดให้หน่วยบริการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ เมื่อสำนักงานฯ ได้แจ้งให้หน่วยบริการทราบแล้วถือว่าประกาศหรือแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นหน้าที่ของหน่วยบริการที่ต้องปฏิบัติ

8. การประเมินผล สำนักงานฯ จะประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ดังนี้

8.1 ปริมาณการให้บริการผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ทุกเดือน

8.2 สุ่มตรวจประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ

8.3 ติดตาม ตรวจสอบข้อมูล เมื่อสำนักงานฯ ได้รับข้อร้องเรียน

8.4 กรณีพบรายงานที่เป็นเท็จ สำนักงานฯ มีสิทธิเพิกถอนข้อมูลนั้นๆ

9. การตรวจหน่วยบริการหรือการให้บริการต่างๆ

หากสำนักงานฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบ หรือมอบหมายเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ เพื่อดำเนินการตรวจสอบหน่วยบริการหรือบริการต่างๆ ที่หน่วยบริการได้จัดให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้คณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีสิทธิ ที่จะเข้าไปตรวจสอบการปฏิบัติงานหรือเอกสารในหน่วยบริการได้ตลอดเวลาที่เปิดทำการ โดยหน่วยบริการจะต้องอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการนั้นตามสมควร

หน่วยบริการ ต้องไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นการขัดขวางการปฏิบัติงานของคณะกรรมการตรวจสอบ หรือเจ้าหน้าที่สำนักงานฯ ให้ปฏิบัติงานไม่สำเร็จ หรือล่าช้าเกินควร หรือทำให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานฯ ได้รับความเสียหายแก่ร่างกายและทรัพย์สินคณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ตามวรรคหนึ่งมีสิทธิที่

จะสั่งให้หน่วยบริการแก้ไขเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมหรือปฏิบัติให้ถูกต้อง ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่คณะกรรมการตรวจสอบหรือเจ้าหน้าที่ของสำนักงานฯ ไม่มีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข

10. หน่วยบริการไม่มีสิทธิเรียกเก็บค่าบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ จากประชาชนไม่ว่ากรณีใดๆ รวมค่าวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย

หากหน่วยบริการเรียกเก็บเงินค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งประชาชนพึงควรได้รับตามประเภท และขอบเขตของบริการสาธารณสุข หรือตามเงื่อนไขของสัญญา ประชาชนสามารถเรียกเงินคืนได้ และหน่วยบริการ ต้องคืนเงินให้กับประชาชนโดยไม่ชักช้า พร้อมดอกเบี้ยร้อยละสิบห้าต่อปีนับตั้งแต่วันที่เรียกเก็บเงินจนถึงวันที่คืนเงิน หากหน่วยบริการไม่คืนเงินสำนักงานฯ มีสิทธิหักเงินและดอกเบี้ย จากค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ที่พึงจะจ่าย ให้หน่วยบริการ เพื่อคืนให้แก่ประชาชนได้

11. ความรับผิดชอบในความบกพร่องและการบอกเลิก

หากหน่วยบริการผิดเงื่อนไขข้อหนึ่งข้อใด หรือไม่สามารถทำตามเงื่อนไข ให้สำนักงานฯ มีสิทธิ เรียกเงินคืนหรือปรับเป็นเงินน้อยกว่านั้น ตามที่สำนักงานฯ จะเห็นสมควร

12. ระยะเวลาผูกพัน

หน่วยบริการจะบอกเลิกก่อนครบกำหนดเวลาตามวรรคหนึ่งไม่ได้ เว้นแต่หน่วยบริการมีหนังสือ แจ้งบอกเลิกล่วงหน้าอย่างน้อย 90 วัน และสำนักงานฯ ได้ให้ความยินยอมแล้ว

**คุณสมบัติของหน่วยบริการ/สถานบริการ
ที่ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) พื้นที่กรุงเทพมหานคร**

คุณสมบัติ	รายละเอียด
1. โครงสร้างทางกายภาพ	1.เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีเป็นสถานพยาบาลเอกชนต้องเป็นสถานพยาบาลตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเท่านั้น 2.มีโครงสร้างการทำงาน กรอบอัตรากำลัง ผังการปฏิบัติงาน เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นปัจจุบัน 3.บุคลากรในงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน สาขาวิชาชีพต่างๆ มีการระบุ ชื่อ ตำแหน่งงาน วุฒิการศึกษา บทบาทหน้าที่ชัดเจน 4.มีสถานที่สำหรับปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เป็นสัดส่วนชัดเจน 5.มีคอมพิวเตอร์ในการจัดการข้อมูล งานวิเคราะห์ และสรุปผลการดำเนินงาน 6.มีเครือข่าย Internet / ระบบสารสนเทศ ที่ใช้ได้จริง
2. บุคลากร	1.ต้องมีผู้รับผิดชอบหลัก และผู้ประสานงาน ในงานบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน อย่างน้อย 1 คน และมีความพร้อมในการบริหารจัดการที่จะออกปฏิบัติงาน 2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยวิชาชีพใดนั้น ต้องมีความจำเป็นตรงตามสภาพปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ภายใต้เกณฑ์และมาตรฐานการเยี่ยมบ้านของวิชาชีพนั้นๆ 3.บุคลากรที่เป็นวิชาชีพ ต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ที่เป็นปัจจุบัน 4. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานต้องมีความเข้าใจนโยบาย มาตรฐานการปฏิบัติงาน ขอบเขตความรับผิดชอบในการเยี่ยมบ้านและดูแลสุขภาพที่บ้าน 5.ปฏิบัติงานโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง/ดูแลแบบองค์รวม (Patient center & Holistic care) วางแผนทำงานเป็นทีมร่วมกัน
3. เครื่องมือ วัสดุ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และพาหนะเดินทาง	มีตู้/อุปกรณ์สำหรับจัดเก็บเอกสาร อุปกรณ์การเยี่ยมบ้านที่ครบถ้วนและพร้อมใช้ และพาหนะที่เพียงพอและพร้อมใช้สำหรับการออกปฏิบัติงาน <u>อุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน</u> อย่างน้อยต้องประกอบด้วย - กระเป๋า หรือกล่องสำหรับใส่อุปกรณ์ - เครื่องวัดความดันโลหิต - หูฟัง (Stethoscope) - ชุดทำแผลปราศจากเชื้อพร้อมเวชภัณฑ์ - ชุดทำความสะอาดมือ - ปรอตวัดไข้ - ถุงมือ Disposable

คุณสมบัติ	รายละเอียด
4.การบันทึกผลการปฏิบัติงาน	1. มีแบบบันทึกต่าง ๆ ได้แก่ ทะเบียนการเยี่ยม แพ้มประวัติสุขภาพ แผนการเยี่ยม และแบบบันทึกผลการให้บริการ 2. มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการ ได้แก่ - ปัญหาสุขภาพ ของผู้ป่วย ความจำเป็นในการเยี่ยม - ผลการเยี่ยม ติดตามภาวะสุขภาพ - แผนการเยี่ยมครั้งต่อไป / การดูแลต่อเนื่อง ตามปัญหาสุขภาพ - การส่งต่อ / การตอบกลับข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 3. การสรุปรายงานผลปฏิบัติงานรายปี
หมายเหตุ	หน่วยบริการที่ส่งรายงานเพื่อขอรับเงินชดเชย ต้องมีบันทึกการให้บริการ ในแบบบันทึกผลการให้บริการเป็นหลักฐานไว้ที่หน่วยบริการ และพร้อมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ ผู้ได้รับมอบหมายตรวจสอบ เป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี

แนวทางการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)	กิจกรรมพยาบาล	อัตราเฉลี่ย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
1	กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable) 1.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงมาก ใช้เวลาในการดูแลเพียงช่วงระยะสั้น ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ไข้หวัดอักเสบ หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน ผลผ่าตัดแยกมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยหรือ สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นวัณโรคปอด ผู้ป่วยหลังประสบอุบัติเหตุ อาจจะต้องได้รับการผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่อง	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)	- Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) - Family Assessment and Intervention - Home and Environment Assessment and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น ๆ) - ให้ความรู้ในเรื่องโรค/การเจ็บป่วยและการดูแลตนเองเพิ่มเติม - ให้การพยาบาล / Health Promotion ฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลในการดูแลตนเอง เช่น การทำแผล การสอนสาธิตวิธีการฉีดยา/ฉีดยา เป็นต้น - ให้การปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ที่ เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง	400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)			
		จำนวนการเยี่ยม 1-2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อน จำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ภายใน 7 วันหลังจากออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้ง - กรณีที่ได้รับบริการส่งต่อจาก รพ. ให้เน้นการเยี่ยมร่วมกับที่ รพ. เยี่ยมแล้วไม่เกิน 4 ครั้ง		
		** กรณีผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จะมีการ Follow up ทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง (ไม่สามารถนำมาเบิกชดเชยได้) เกณฑ์ชี้วัดในการประเมิน เช่น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กรณีผู้ป่วยเป็น rupture appendicitis จะพิจารณาจากการอักเสบของ แผลผ่าตัด (มีไข้ ปวด บวม แดง ร้อน) หรือ มี adhesion เป็นต้น			

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราค่าใช้จ่าย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HMC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
1 (ต่อ)	1.2 หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงที่ยังคุมไม่ได้ มีภาวะ Postpartum blue ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น	จำนวนการเยี่ยม 1-2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องการดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อน จำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับบริการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ภายใน 7 วันหลังจากออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้เน้นการเยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก	- ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeeding) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน - เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือดหลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัวในการดาหลังคลอด	400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	
	1.3 มารดาทารกหลังคลอด ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeeding) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือดหลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัวในการดาหลังคลอด	จำนวนการเยี่ยม 1-2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 (ถ้าจำเป็นต้องการดูแลต่อเนื่อง) - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อน จำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับบริการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ภายใน 7 วันหลังจากออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้เน้นการเยี่ยมตามเกณฑ์การดูแลมารดาและทารก	- ติดตามการเลี้ยงดูบุตรเพื่อกระตุ้น / ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Exclusive breastfeeding) อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน - เฝ้าระวังการเจริญเติบโต/ พัฒนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ติดตามและบันทึกผลเจาะเลือดหลังคลอดหาภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน และการวางแผนครอบครัวในการดาหลังคลอด	400 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	

แนวทางการดำเนินงานสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราขยาย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
2	กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเลือดบางชนิด ที่มีปัญหาในการปฏิบัติตน ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	จำนวนการเยี่ยม 1-3 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 กรณีมีปัญหา หรือตามความจำเป็น ในแต่ละราย - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รับวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรงิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง และควรปิด Case - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้บันทึกเยี่ยมรวมกับที่ รพ. เยี่ยมแล้วไม่เกิน 6 ครั้ง	● Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) ● Family Assessment and Intervention ● Home and Environment Assessment and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของครอบครัว ปัญหาในการดูแลที่อยู่อาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น ๆ ● ฝึกทักษะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น การฉีดยา Desferal ในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ฉีด Factor VIII ในผู้ป่วย Hemophilia ฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน การบริหารยา การทำกายภาพบำบัด หรืออื่น ๆ ที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยเป็นต้น ● ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ● ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเอง ● ให้ความรู้ การปรึกษา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เช่น ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง Hypercholesterolemia เป็นต้น ● ประสานกับทางโรงเรียนเพื่อพบกับครูประจำชั้น/ครูห้องพยาบาล เพื่อให้ข้อมูล ความรู้และแนวทางการดูแลผู้ป่วย ● Health promotion and complication Prevention ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ สถานบริการทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วย	600 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	ต้องมีการสอนให้ดูแลตนเอง

แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราค่าใช้จ่าย (บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
2 (ต่อ)				ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง อาจจำเป็น ต้องประสานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างเหมาะสมอื่น ๆ		
3	กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long term chronic with mild disability) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) อัมพาต (Paralysis) โรคข้ออักเสบ ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น NG tube ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เป็นต้น	จำนวนการเยี่ยม 1 - 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2, 3 สัปดาห์ที่ 2, 4 ครั้งที่ 4.. กรณีมีปัญหา หรือ ตามความจำเป็นในแต่ละราย - หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *กรณีที่มี รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้รีบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับบริการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรงิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจาก รพ.	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้งต่อปี และควรปิด เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรและช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้บันทึกเยี่ยมรวมกับที่ 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 ท้ายอาศัย และ สภาพแวดล้อมอื่น) - ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้น ๆ ให้สามารถใช้งานได้ - ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผู้ดูแล - ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ให้ข้อมูล ความรู้ ในการดูแลตนเอง และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กลยุทธทางพยาบาล เช่นการสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย การให้บริการปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดกลุ่มการดูแลตนเอง (เช่น ผู้ป่วย CP, DM, Dementia group) เป็นต้น	800 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	เนื่องจากต้องมีการฝึก Care giver

แนวทางการดำเนินงานเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

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

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
4	กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (Long-term extreme disabilities) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ผู้ป่วยนอนติดเตียง (Bed ridden) ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (Total Care) เป็นต้น	จำนวนการเยี่ยม 1-5 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2,3,4 สัปดาห์ที่ 2, 4, 6 ครั้งที่ 5.....ถ้าจำเป็น เมื่อประเมินพบ ปัญหาที่ยังยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วย และหรือปัญหาครอบครัว ที่มีผลกระทบ ต่อการดูแลผู้ป่วยอาจจะต้องหาแหล่ง ประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือ ครอบครัว ในวาระที่จำเป็น -หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง ให้ประสาน ส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ *กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้ รับวางแผนการจำหน่ายและประสานการ ส่งต่อกับหน่วยงานบริการตามพื้นที่ก่อน จำหน่ายผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับ เยี่ยมครั้งแรกเร็ว ที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ครบเกิน 15 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 12 ครั้ง ต่อ ปีและควรปิดCase - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้บันทึก เยี่ยมรวมกับที่ รพ. เยี่ยมแล้วไม่เกิน 12 ครั้ง ต่อปี(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 และสภาพแวดล้อมอื่นๆ) ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บาง ชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้น ๆ ให้สามารถใช้งานได้ - ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ดูแล และการพยาบาล - ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ - ให้ข้อมูล ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาล เช่นการสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย - ให้ข้อมูล ความรู้ และเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย - ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย และให้การพยาบาลตามปัญหาที่ประเมินได้ หรือ การดูแลแยกต่างหาก เป็นต้น	1,000 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	ต้องมีการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น

แนวทางการดำเนินงานเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราค่าใช้จ่าย (บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
4 (ต่อ)				- Emergency Care - Palliative Care - Preparing for death and dying/Grief and loss - ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์สถานบริการ ทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง - อื่น ๆ		
5	กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill with Independent/partial dependent) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ เป็นเพียงการดูแลรักษาตามอาการของโรค เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน	จำนวนการเยี่ยม 1-6 ครั้ง ครั้งที่ 1 สักด่าครั้งแรกหลังจำหน่ายครั้งที่ 2, 3, 4, 5 สักด่าครั้งที่ 2, 3, 4, 5 ครั้งที่ 6 ตามความจำเป็น -หากจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องให้ประสานส่งต่อหน่วยบริการตามพื้นที่ * กรณีที่ รพ. ไม่ได้เยี่ยมเองในครั้งแรกให้ริบวางแผนการจำหน่ายและประสานการส่งต่อกับหน่วยบริการตามพื้นที่ก่อน จำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่ควรงเกิน 7 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	กรณีพบในพื้นที่เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้ง - กรณีที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ. ให้มีการเยี่ยมรวมกับที่ รพ. เยี่ยมแล้วไม่เกิน 6 ครั้ง	- Health Assessment (Physical, Mental, Social, and Spiritual Assessment) - Family Assessment and Intervention Home, Environment Assessment, and Community resources (ประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่จ้าง) และครอบครัว ปัญหาในการดูแล ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมอื่นๆ) - ประเมินความรู้ ประสิทธิภาพ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย - เตรียมความพร้อม ของผู้ป่วย ผู้ดูแลญาติ - ประเมิน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย/ ผู้ดูแล (ญาติผู้ดูแล และผู้ดูแลที่จ้างมา) และครอบครัว และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกัน - ประเมินความรู้ ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิดที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และเพิ่มทักษะการใช้อุปกรณ์นั้นๆ ให้สามารถใช้งานได้	1,000 บ./ครั้ง รวมค่าอุปกรณ์	ต้องใช้การดูแลเฉพาะทางและต้องดูแลแบบ Holistic Care

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ลำดับที่	ประเภทผู้ป่วย	เกณฑ์การติดตามดูแลสุขภาพที่บ้าน (ครั้ง)		กิจกรรมพยาบาล	อัตราชดเชย บริการ(บาท)	หมายเหตุ
		รพ. HHC ที่จำหน่ายผู้ป่วย (ไม่มีพื้นที่)	หน่วยบริการงานดูแลสุขภาพที่บ้าน (มีพื้นที่)			
5 (ต่อ)				- Health promotion - Emergency Care - Palliative Care - Death and Dying Intervention - ให้ความรู้การบริหารจัดการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน(เช่นการแจ้งความตาย พิธีกรรมต่างๆ และการจัดการกับงานศพ ฯลฯ) Care after death ในครอบครัวและญาติให้พร้อมรับสภาพการสูญเสีย - อื่น ๆ		
6	กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special Group) เป็นผู้ป่วยที่ต้องการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นการพิเศษ เนื่องจากมีโรคทางจิต สังคม เศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความจำเสื่อม เด็กออทิสติก Down syndrome ผู้ป่วยจิตเวช ต่างๆ ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV/Aids เป็นต้น	จำนวนการเยี่ยม 1-6 ครั้ง ตามความจำเป็น หากเป็นกรณีพิเศษ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช การติดตามพัฒนาการในเด็ก หรือผู้รับบริการที่ต้องใช้ผู้เยี่ยมที่มีประสบการณ์เฉพาะ อาจไม่ต้องส่งต่อโดยเยี่ยมเฉลี่ย 1 ครั้ง ต่อ เดือน ไม่เกิน 12 ครั้ง / ปี ครั้งที่ 1 ไม่เกิน 1 เดือนหลังจากจำหน่ายครั้งที่ 2, 3 อาจต้องประสานกับหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อวางแผนและประสานการเยี่ยมร่วมกัน ก่อนส่งต่อให้กับหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบ เนื่องจากเป็นกรณีที่เกิดการดูแลต้องใช้ความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง	- กรณีที่พบในพื้นที่เยี่ยมเฉลี่ย 1 ครั้ง ต่อ เดือน ไม่เกิน 12 ครั้งต่อปีหรือ ตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือตาม Condition ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ - กรณีที่ได้รับบริการส่งต่อจาก รพ. ให้มีการเยี่ยมรวมกับที่ 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

- โรงพยาบาลและหน่วยบริการที่ไม่มีพื้นที่สามารถดำเนินการ ปิดCase*(ยุติการเยี่ยม) ผ่านโปรแกรม HHC refer ได้เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 (กลุ่มที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable)) เท่านั้น
สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือหลังจากให้บริการ Home Health Care ตามแนวทางหรือตามที่สำนักงานกำหนดแล้ว ให้ดำเนินการส่งต่อให้ หน่วยบริการ P&P นอก (มีพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ PPนอก) พื้นที่ เพื่อดำเนินการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

* ปิดCase หมายถึง ยุติการเยี่ยม โดยสาเหตุ ดังนี้

1. ผู้ป่วยหายจากโรค
2. ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต
4. ผู้ป่วยย้ายที่อยู่อาศัยไปต่างจังหวัด

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ขั้นตอนการเบิกสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ประจำปีงบประมาณ 2560

กรณีที่ 1 การเบิกปกติ ในช่วงต้นปีงบประมาณ

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- โดยให้ดำเนินการส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยบริการ เพื่อจัดเตรียมสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้เพียงพอกับการใช้งานตลอดปีงบประมาณ
- โดยให้หน่วยบริการส่งแบบสำรวจสอบถาม กลับไปที่กรมอนามัย ทางไปรษณีย์
คุณอุษา วงทวี โทรศัพท์ 02-590-4438
- หน่วยบริการติดต่อรับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
โดยให้ดำเนินการติดต่อประสานก่อนล่วงหน้า เพื่อความพร้อมในการจัดเตรียม
- ติดต่อได้ที่ คุณอุษา วงทวี
โทรศัพท์ 02-590-4438 โทรสาร 02-591-8214
เลขที่ 88/22 ม.4 อาคาร 6 ชั้น 5 (ห้องพัสดุ) ตึกกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี

หมายเหตุ : กรณีนำเอกสารใบแจ้งยอดไปในวันนัด เพื่อรับสมุดสีชมพู

กรณีที่ 2 กรณีที่สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) หมดก่อนปีงบประมาณ

- ติดต่อ – สอบถามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ที่ คุณศรัณย์พร ม่วงศิริ
โทรศัพท์ 02-142-0933 (กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยให้ติดต่อประสานก่อนล่วงหน้า เพื่อการจัดเตรียม)

หมายเหตุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยจำนวนในการจัดเตรียมให้แต่ละหน่วยบริการจะพิจารณาจาก

1. แบบสอบถามความต้องการเบิกจากหน่วยบริการ
2. ยอดการให้บริการ ANC จริง ในปีงบประมาณก่อนหน้า เช่น ขอเบิกในปีงบประมาณ 2559 จะดูยอด ANC ของปีงบประมาณ 2558 เป็นฐานข้อมูลการเบิก โดยอ้างอิงข้อมูลจากโปรแกรมที่บันทึกข้อมูลของ สปสช. เขต 13 กทม.
3. ศูนย์บริการสาธารณสุขเบิกตรงกับสำนักอนามัยเหมือนเดิม

(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. ☐ มีประวัติความผิดปกติทางสูติกรรมในครรภ์ก่อน เช่น พิกการโดยกำเนิด ตายคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ ตั้งครรภ์แฝดน้ำ
 6. ☐ อ้วนมาก (BMI > 30) หญิงตั้งครรภ์รายนี้ BMI =
 7. ☐ ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ** (ถ้ายังไม่ได้ตรวจให้ข้ามข้อนี้ไป) ** แต่ถ้าเมื่อใดที่ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ให้ส่ง 50 gm GCT ทุกรายวันที่
 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

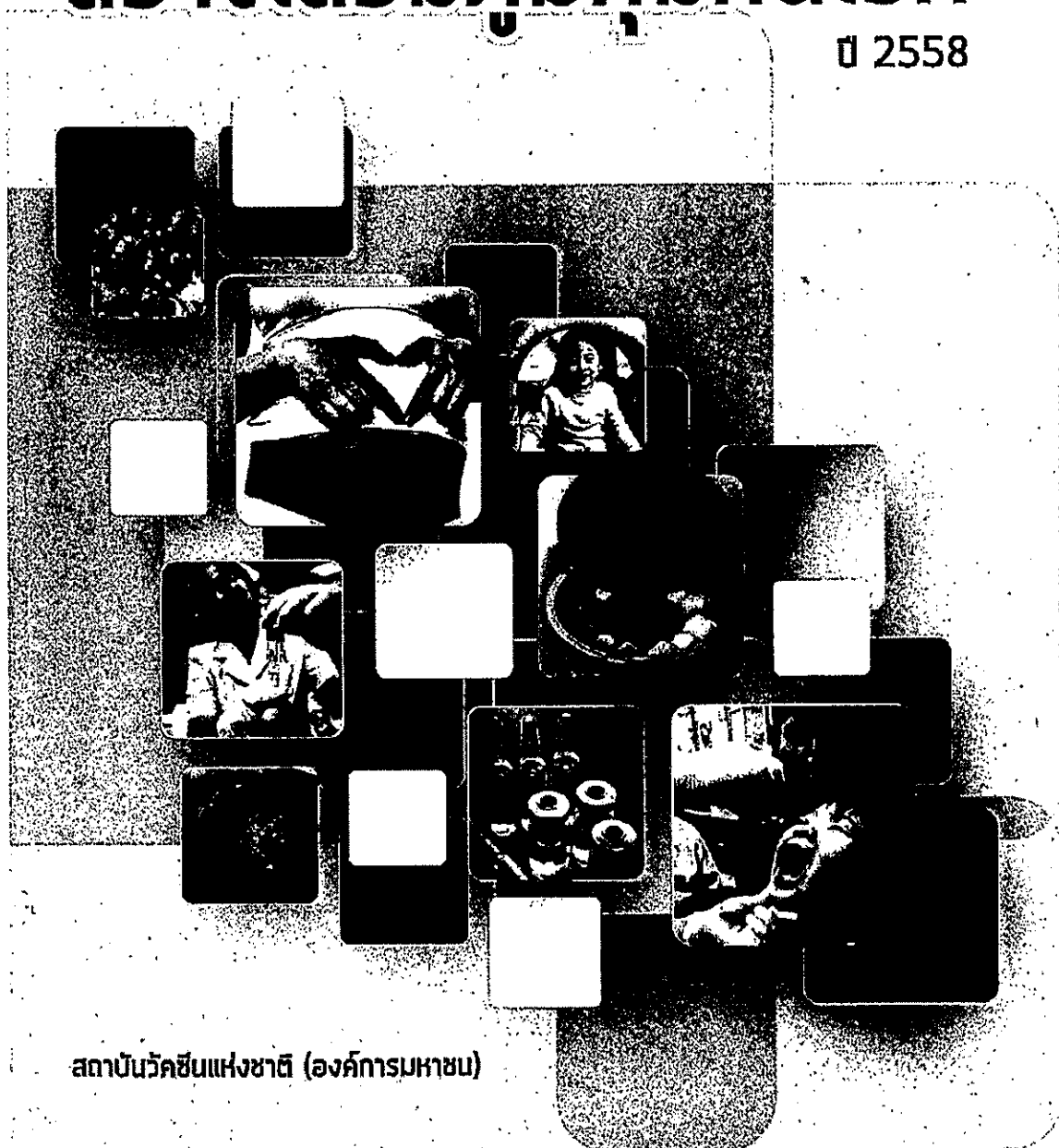
คำแนะนำทั่วไปสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค



หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่

สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ปี 2558



สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

หมวดเนื้อหาที่ 6

การเตรียมการและการให้บริการวัคซีน

สาระสังเขป

ปัจจุบันการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นความจำเป็นพื้นฐานของการสาธารณสุขเพื่อมุ่งที่จะป้องกันประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่การที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้นั้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้ความสนใจและเข้าใจในกระบวนการให้ภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่การเตรียมการในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และที่สำคัญ คือ การเตรียมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ให้บริการทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัคซีนชนิดต่างๆ การประเมินสภาพ การชั่งประวัติและสังเกตอาการสำคัญของผู้รับบริการก่อนให้วัคซีนและหลังได้รับวัคซีน รู้จักวิธีการเตรียมวัคซีนและเทคนิควิธีการให้วัคซีนอย่างถูกต้อง การสังเกตความผิดปกติของผู้รับบริการภายหลังได้รับวัคซีนก็เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของการบริการ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการวัคซีนต้องทราบถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในภาพรวม และในวัคซีนพื้นฐานแต่ละชนิด

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

การจัดสถานที่ให้บริการวัคซีนเป็นส่วนหนึ่งที่จะเป็นตัวสะท้อนกระบวนการให้วัคซีน การวางแผนในการจัดสถานที่อย่างเหมาะสมจะช่วยให้การดำเนินงานในการให้วัคซีนเป็นไปด้วยความรวดเร็วและเป็นระบบ สำหรับการจัดสถานที่ในการให้บริการควรพิจารณาถึงความครอบคลุมของกระบวนการให้บริการทุกขั้นตอน สถานที่ควรจะเป็นบริเวณที่ไม่แออัด สามารถรองรับผู้รับบริการได้เพียงพอและควรเป็นสถานที่ที่สะอาด สถานที่ให้บริการวัคซีนอาจจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่เป็นหน่วยบริการในสถานที่ และหน่วยบริการนอกสถานที่ สำหรับสถานที่ฉีดวัคซีนที่จัดเป็นหน่วยบริการในโรงพยาบาลหรือ รพ.สต.นั้น

ควรแยกจากคลินิกเด็กป่วย การจัดสถานที่ให้บริการควรคำนึงถึงความสะดวกในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นกระบวนการเตรียมหรือการฉีดวัคซีน ควรจัดวางอุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้งานไว้ภายในบริเวณที่ให้บริการเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้รวมถึงบริเวณที่ล้างมือด้วย และสถานที่ที่เหมาะสมควรเป็นบริเวณที่เงียบสงบเพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถอธิบายและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้โดยสะดวก ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้ห้องฉีดวัคซีนมีทางเข้าและออกคนละทางเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและไม่สร้างความตื่นตระหนกให้แก่ผู้ที่รอฉีดวัคซีนในรายชื่อๆ ไปด้วย แต่ถ้าจัดไม่ได้ควรให้ผู้รับบริการเข้ามาที่ละรายไม่ควรให้อยู่ในห้องที่ละหลายๆ คน ในกรณีที่ต้งหน่วยรับบริการนอกสถานที่ควรตั้งอยู่ในที่ร่ม ไม่ควรอยู่กลางแจ้งที่มีแสงแดดส่องถึงมีลมหรือฝุ่นพัดผ่าน มีป้ายบอกจุดบริการที่ชัดเจน จัดเตรียมบริเวณทางเข้าออกให้สะดวกแก่การบริการ ควรจัดให้มีสถานที่นั่งรอที่สะดวกสบายและสะอาด ควรจัดบริเวณที่ล้างมือ และวางอุปกรณ์ใช้งานให้สามารถหยิบใช้ได้ง่ายและไม่เกิดการปนเปื้อน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอีกอย่างหนึ่งในการให้บริการนอกสถานที่คือการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ให้เพียงพอ และการเก็บรักษาวัคซีนให้อยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม

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

การฉีดวัคซีนเข้าในหนัง (Intradermal)

เป็นการนำยาผ่านเข้าไปเพียงแค่ในหนังเท่านั้น ขนาดยาที่ฉีดก็มักจะมีปริมาณน้อย มักใช้เข็มเบอร์ 26 ความยาว 1/2 นิ้ว และเนื่องจากวัคซีนที่ฉีดเข้าในหนังเป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็น หากใช้แอลกอฮอล์เช็ดต้องรอให้แห้งก่อนจึงจะฉีด ก่อนฉีดต้องจัดทำเด็กให้นิ่งและมั่นคงที่สุด เพราะการฉีดเข้าในหนังต้องอาศัยความชำนาญและความนิ่งมากที่สุด เทคนิคการฉีดควรตั้งหนังบริเวณที่ฉีดให้ตึง ค่อยๆ แทะเข็มลงไป ทำมุมประมาณ 15 องศา แล้วดันยาเข้าไป ถ้าเทคนิคถูกต้องจะเห็นว่าเมื่อดันยาเข้าไปจะมีตุ่มนูนขึ้นมาให้เห็นชัดเจนให้มือนิ่งมากที่สุด เพราะยาอาจรั่วซึมออกมาได้หากปลายเข็มแทงทะลุออกมาจนตกผิวหนัง บริเวณที่ฉีดวัคซีน BCG มักฉีดเข้าที่หัวไหล่ข้างซ้าย

การฉีดวัคซีนเข้าใต้ชั้นผิวหนัง (Subcutaneous)

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

การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ (Intramuscular)

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

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

นอกจากนี้หลังจากการให้วัคซีน ผู้ให้บริการยังจำเป็นต้องให้คำแนะนำเพื่อสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการมีผลข้างเคียง ปกติอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นนั้นก็จะไม่ถึงกับเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตของผู้รับวัคซีน ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นนอกเหนือจากที่เด็กจะมีอาการงอแงจากความไม่สบายแล้ว ยังมีทั้งปฏิกริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ ปฏิกริยาทั้งระบบชนิดไม่รุนแรง และชนิดรุนแรง ซึ่งจะอธิบายลักษณะอาการรวมถึงการจัดการเบื้องต้น ดังนี้

1. ปฏิกริยาซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะที่

อาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการบวมแดง คัน บริเวณที่ฉีดวัคซีน อาจมีเลือดออกซึมเล็กน้อยและหยุดในระยะเวลาอันสั้น อาการเหล่านี้จะหายไปได้เอง
การจัดการเบื้องต้น หรือคำแนะนำทั่วไป

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

2. ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นทั้งระบบชนิดไม่รุนแรงและชนิดรุนแรง

อาการและอาการแสดงไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้สูงกว่า 39°C ซึม เบื่ออาหาร ร้องกวน อาเจียน หรือมีผื่นขึ้นตามตัว

การจัดการและการให้คำแนะนำทั่วไป

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

บทนำ

ปัจจุบันการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของการสาธารณสุขเพื่อมุ่งที่จะป้องกันประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่การที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการป้องกันโรคได้นั้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้ความสนใจและเข้าใจในการเตรียมการเพื่อให้วัคซีน ตั้งแต่การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ วัคซีน วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และที่สำคัญ คือ การเตรียมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ให้บริการทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัคซีน ชนิดต่างๆ การประเมินสภาพ การซักประวัติและสังเกตอาการสำคัญของผู้รับบริการก่อนให้วัคซีนและหลังได้รับวัคซีน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการให้บริการวัคซีน ผู้ให้บริการต้องรู้จักวิธีการเตรียมวัคซีนอย่างถูกต้อง เมื่อถึงขั้นตอนการฉีดวัคซีนก็ควรให้ความสำคัญกับเทคนิควิธีการให้วัคซีนด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้วอย่างถูกต้องมีความสำคัญมากอีกประการหนึ่ง เนื่องจากการลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อของผู้ให้บริการ ถึงแม้ว่าการกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้วจะเป็นเรื่องที่ทราบกันทั่วไป ใช้หลักการเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้ออยู่แล้ว แต่ในการปฏิบัติจริงผู้ให้บริการมักละเลยที่จะให้ความสำคัญอย่างมาก จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจในวิธีการที่ถูกต้อง

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

1. การเตรียมการก่อนให้วัคซีน

1.1 การเตรียมกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

การประมาณการจำนวนผู้มารับบริการเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะได้คำนวณปริมาณวัคซีนแต่ละชนิดและอุปกรณ์ที่ใช้ได้ถูกต้องและเพียงพอแก่ผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันมีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้นับที่กแทนทะเบียนผู้มารับบริการ ซึ่งจะมีการลงบันทึกวันนัดให้บริการครั้งต่อไป ซึ่งระบบคอมพิวเตอร์นี้สามารถประมวลผลได้ว่า มีผู้ที่ได้รับการนัดมารับบริการในแต่ละวัน จำนวนเท่าใด กลุ่มอายุใด ต้องรับวัคซีนชนิดใด ซึ่งเป็นข้อมูลที่เพียงพอสำหรับเจ้าหน้าที่ในการเตรียมวัคซีนเพื่อให้บริการ นอกจากนี้ยังต้องเตรียม

วัคซีนเพิ่มสำหรับผู้รับบริการรายใหม่ เช่น เด็กเกิดใหม่ด้วย

แต่ถ้าถึงวันนัดแล้วกลุ่มเป้าหมายไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่จะต้องบันทึกแก้ไขวันนัดใหม่ ซึ่งจะรวมเป้าหมายได้ทุกคน ขั้นตอนนี้อาจปรับแก้ไม่สมบูรณ์ก็จะทำให้จำนวนเป้าหมายที่จะมารับบริการ ที่ถูกบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์น้อยกว่าความเป็นจริง ทำให้การเตรียมวัคซีนเพื่อให้บริการไม่เพียงพอต่อ กลุ่มเป้าหมายที่จะมารับบริการ

นอกจากนี้ในการให้บริการฉีดวัคซีนแต่ละครั้งจะต้องตรวจสอบในแฟ้มประวัติหรือสมุด บันทึกสุขภาพว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบทุกชนิดตามกำหนดอายุหรือตามช่วงเวลาที่ควรจะเป็น หรือไม่ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางคนอาจมารับวัคซีนล่าช้า เจ้าหน้าที่จะต้องนัดหมายให้ได้รับวัคซีน จนครบตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

การที่กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนล่าช้ามีผลทำให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันที่ไม่สูงพอที่จะต่อสู้กับเชื้อโรคได้ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดต่อที่สามารถป้องกันด้วยวัคซีนได้ ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวกลุ่มเป้าหมายเอง และยังสามารถกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคในชุมชนนั้นด้วย ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาและการสูญเสียทรัพยากรอีกมากมาย ที่ต้องใช้ในการรักษาและควบคุมป้องกันการแพร่ระบาด

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

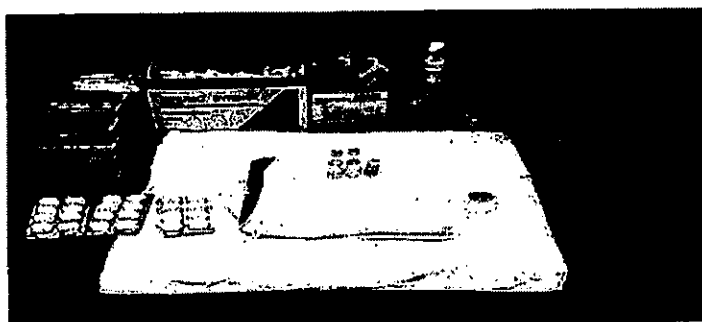
1.2 การเตรียมสถานที่

การวางแผนในการจัดสถานที่อย่างเหมาะสมจะช่วยให้การดำเนินงานในการให้วัคซีนเป็นไปด้วยความรวดเร็วและเป็นระบบ สำหรับการจัดสถานที่ในการให้บริการควรพิจารณาถึงความครอบคลุมของกระบวนการให้บริการ ได้แก่ สถานที่ลงทะเบียนรับบริการ บริเวณซึ่งน้ำหนัก วัคซีนยาวหรือสูงของห้องตรวจหรือสถานที่ที่ใช้ฉีดประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินสภาพผู้รับบริการก่อนได้รับวัคซีน บริเวณที่ฉีดวัคซีน ให้คำแนะนำและสังเกตอาการ และคำนึงถึงการลำดับจุดรับบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ นอกจากนี้สถานที่ควรจะเป็นบริเวณที่ไม่แออัด สามารถรองรับผู้รับบริการได้เพียงพอและควรเป็นสถานที่ที่สะอาด

สถานที่ให้บริการวัคซีนอาจจำแนกเป็น 2 รูปแบบ คือ หน่วยบริการในสถานที่และหน่วยบริการนอกสถานที่ สำหรับสถานที่จัดวัคซีนที่จัดเป็นหน่วยบริการในโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. นั้นควรแยกจากคลินิกเด็กป่วย การจัดสถานที่ให้บริการควรคำนึงถึงความสะดวกในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นกระบวนการเตรียมหรือการจัดวัคซีน ควรจัดวางอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำงานไว้ภายในบริเวณที่ให้บริการเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการปฏิบัติงาน ตามภาพที่ 6.1 ทั้งนี้รวมถึงบริเวณที่ล้างมือด้วย และสถานที่ที่เหมาะสมควรเป็นบริเวณที่เงียบสงบเพื่อผู้ให้บริการสามารถอธิบายและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้โดยสะดวก ถ้าเป็นไปได้ควรจัดให้ห้องจัดวัคซีนมีทางเข้าและออกคนละทางเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ และไม่สร้างความตื่นตระหนกให้แก่ผู้ที่รอจัดวัคซีนด้วย แต่ถ้าจัดไม่ได้ควรให้ผู้รับบริการเข้ามาครั้งละคนไม่ควรให้รออยู่ในห้องครั้งละหลาย ๆ คน

ในกรณีที่ตั้งหน่วยรับบริการนอกสถานที่ควรตั้งอยู่ในที่ร่ม ไม่ควรอยู่กลางแจ้งที่มีแสงแดดส่องถึงมีลมหรือฝุ่นพัดผ่าน มีป้ายบอกจุดบริการที่ชัดเจน จัดเตรียมบริเวณทางเข้าออกให้สะดวกแก่การบริการ ควรจัดให้มีสถานที่นั่งรอที่สะดวกสบาย สะอาดและมืดซิด เพื่อลดความตื่นตระหนกของผู้ที่รอจัดวัคซีน ควรจัดบริเวณที่ล้างมือ และวางอุปกรณ์ใช้งานให้อยู่ในบริเวณที่หยิบจับง่ายและไม่เกิดการปนเปื้อน สิ่งที่ต้องคำนึงถึงอีกอย่างหนึ่งในการให้บริการนอกสถานที่คือการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ให้เพียงพอ และการเก็บรักษาวัคซีนให้คงอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม

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



ภาพที่ 6.1 ตัวอย่างการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการให้บริการวัคซีน

1.3 การเตรียมอุปกรณ์ อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วย

- โด๊ยะ แก้ว
- ผ้าสะอาดปูบนโด๊ยะ เพื่อวางวัคซีน
- เข็มเบอร์ 21, 26 และ 26
- กระบอกฉีดยา (Syringe) ขนาด 1, 3 และ 5 มล.
- กระบอกฉีดยา แอลกอฮอล์
- กระบอกฉีดยาแห้ง
- พลาสเตอร์
- กระติกวัคซีน, ขของน้ำแข็ง (Icepack) ที่เริ่มละลาย
- กล่องสำหรับเก็บขวดวัคซีนที่ใช้แล้ว (เก็บในตู้เย็น +2 ถึง +8 °C เป็นเวลา 7 วัน)
- กล่องใส่เข็มที่ใช้แล้วเป็นถังพลาสติกหนา
- ถังขยะ (ขยะธรรมดา, ขยะติดเชื้อ, กล่องทิ้งขวดวัคซีน)

2. การให้บริการ

ขั้นตอนการให้บริการประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การซักประวัติและการประเมินคัดกรองผู้รับบริการ

การซักประวัติ และการประเมินคัดกรองของผู้รับบริการมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ถือเป็นขั้นตอนที่ต้องทำให้เกิดการปฏิบัติในการทำงานจริง การซักประวัติ และการประเมินคัดกรอง จะช่วยให้ผู้ให้บริการทราบในเบื้องต้นว่า ผู้รับบริการมีข้อจำกัดหรือข้อควรระวังในการที่จะให้วัคซีนหรือไม่ สามารถให้ได้ในคราวครั้งนี้หรือไม่ จำเป็นต้องเลื่อนการรับวัคซีนหรือไม่ และยังสามารถพิจารณาได้อีกด้วยว่า ผู้รับบริการได้รับภูมิคุ้มกันตามวัยและตามเกณฑ์ที่ควรจะได้รับหรือไม่

ประวัติการแพ้ยาหรือสารต่างๆ ในผู้รับบริการที่จะมารับวัคซีน ผู้ให้บริการจำเป็นต้องประเมินระดับความรุนแรงของอาการแพ้ด้วย หากมีอาการแพ้รุนแรงแบบ Anaphylactic shock ควรพิจารณางดเว้นและพิจารณาใช้วัคซีนตัวอื่นทดแทน

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

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ผู้ให้บริการควรมีการซักประวัติหรือตรวจสอบข้อมูลในประวัติการรับการรักษาพร้อมกับประเมินสภาพผู้รับบริการในเบื้องต้นอย่างละเอียด เรื่องนี้มักจะถูกละเลยในการให้บริการวัคซีนที่โรงเรียน และการ screening ควรดำเนินการพร้อมกับการขอคำยินยอมจากผู้ปกครองเด็ก ควรระวังเป็นอย่างยิ่งในการฉีดวัคซีนเชื้อเป็นชนิดอ่อนฤทธิ์

การประเมินคัดกรองจำเป็นต้องดูรายละเอียดในสมุดสุขภาพของเด็ก หากเป็นเด็กในโรงเรียน ผู้ให้บริการจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลประวัติสุขภาพและประวัติการได้รับวัคซีนที่โรงเรียนในแต่ละช่วงอายุของเด็กจากทะเบียนนักเรียนด้วย

จากการศึกษาแนวทางของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งแนะนำให้ใช้ในการคัดกรองเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการโดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่มารับวัคซีน ซึ่งเป็นแบบ checklist ที่สามารถทำได้ง่าย อาจเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ให้บริการมีแนวทางในการให้วัคซีนแก่ผู้รับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เครื่องมือนี้สามารถให้ผู้รับบริการทำด้วยตนเอง หรือบุคลากรผู้ให้บริการซักประวัติตามข้อคำถามในแบบคัดกรองก็ได้ ตามรายละเอียด ดังนี้

แบบคัดกรองสำหรับผู้มารับวัคซีน

คำชี้แจง สำหรับผู้ปกครอง/ผู้มารับวัคซีน

คำถามต่อไปนี้จะช่วยให้อัตนใจได้ว่าผู้มารับวัคซีนควรได้รับวัคซีนในวันนี้หรือไม่ คำตอบ “ใช่” ไม่ได้หมายความว่า ผู้รับบริการไม่ควรได้รับวัคซีน (หากท่านทำแบบคัดกรองนี้ด้วยตนเองและมีข้อสงสัยให้สอบถามเจ้าหน้าที่ได้ทันที ในข้อคำถามที่ไม่ชัดเจน)

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

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

การใช้คำถามตามรายการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพหรือผู้ให้บริการมีเกณฑ์ในการตัดสินใจที่ตรงตามหลักวิชาการมากขึ้น ซึ่งจะขออธิบายรายละเอียดที่จำเป็น ดังนี้

- การถามถึงความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกายในปัจจุบัน เป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ ถึงแม้ว่าจะไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้ประสิทธิภาพของวัคซีนลดลงหรือเพิ่มความรุนแรงของผลข้างเคียง แต่การเจ็บป่วยรุนแรงปานกลางถึงมาก มักจะเป็นข้อบ่งชี้ในการงดการรับวัคซีนในครั้งนี้ เช่น ผู้ที่กำลังมีไข้สูง ควรเลื่อนกำหนดการฉีดวัคซีนออกไปจนกว่าไข้จะหาย สำหรับการเจ็บป่วยหรือภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเพียงเล็กน้อย เช่น หวัด ไข้ต่ำ ๆ สามารถให้วัคซีนได้ ถึงแม้จะรับประทานยาปฏิชีวนะอยู่ก็ตาม
- ประวัติในเรื่องการแพ้ยาหรือสารอาหารต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งที่ใช้ประกอบการตัดสินใจ เช่น ถ้าเด็กมีอาการหายใจลำบาก หายใจเสียงดังวีด หรือเป็นลมหมดสติ หรือมีอาการทางสมอง (encephalopathy) จากการได้รับวัคซีน ในครั้งที่ผ่าน ๆ มา ต้องมีการระมัดระวังในการให้วัคซีนครั้งนี้มากขึ้น
- เด็กที่เคยได้รับวัคซีน DTP แล้วมีไข้สูง (เกิน 40.5°C) ภายใน 48 ชั่วโมง หลังฉีดวัคซีนมีอาการใช้ชัก หรือชักไม่มีไข้ภายใน 3 วัน กรีดร้องนานเกินกว่า 3 ชั่วโมง ภายใน 48 ชั่วโมง การให้วัคซีนครั้งต่อไปให้ระมัดระวัง ถ้ามีอาการทางสมอง (encephalopathy) ภายใน 7 วัน หลังฉีดวัคซีน ให้งดการรับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของ DTP
- เด็กที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคชักและมีประวัติชักจากไข้สูง สามารถให้วัคซีนได้ ถ้าให้วัคซีนรวมคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ควรให้ยาพาราเซตามอล ขนาด 10 mg/kg/dose ทุก 4 ชั่วโมง หลังฉีดยาเป็นเวลา 24 ชั่วโมง ถ้าได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด อาจมีไข้ในวันที่ 5-10 หลังได้รับวัคซีน และอาจต้องพิจารณาให้ยาลดไข้
- การให้อิมมูโนโกลบูลิน พลาสมา หรือเลือดมาไม่ถึง 3 เดือน ไม่ควรให้วัคซีนชนิดเชื้อเป็นก่อนฤทธิ์ เช่น วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน หากเด็กมีประวัติได้รับอิมมูโนโกลบูลิน ขนาดสูงเข้าหลอดเลือด ต้องเลื่อนวัคซีนชนิดเชื้อเป็นก่อนฤทธิ์ไปอีกอย่างน้อย 5 - 11 เดือน ยกเว้นโปลิโอชนิดรับประทาน หากเด็กมีประวัติได้รับอิมมูโนโกลบูลิน พลาสมา หรือเลือด หลังจากได้วัคซีน MMR ไม่ถึง 2 สัปดาห์ จะต้องฉีดวัคซีน MMR ซ้ำใน 3 เดือนต่อมา การให้อิมมูโนโกลบูลินกับการให้วัคซีนชนิดเชื้อตายสามารถให้ได้โดยให้ฉีดคนละตำแหน่ง
- ถ้าเด็กมีภูมิคุ้มกันผิดปกติแต่กำเนิด ไม่ควรให้วัคซีนเชื้อเป็นก่อนฤทธิ์ และไม่ควรให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทานแก่เด็กปกติที่มีคนในบ้านเป็นโรคขาดภูมิคุ้มกันแต่กำเนิด เพราะเชื้อไวรัสจากวัคซีนโปลิโอ อาจทำให้คนที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องป่วยหรืออาจมีอาการอัมพาตได้

- เด็กที่ได้รับยาทดภูมิคุ้มกัน สามารถให้หัตถ์ชอยด์ และวัคซีนชนิดเชื้อตายได้ ถึงแม้ว่าภูมิคุ้มกันจะขึ้นน้อยกว่าคนปกติแต่ก็เพียงพอที่จะป้องกันโรคได้ หากต้องได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์เด็กต้องหยุดยาทดภูมิคุ้มกันแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
- หญิงตั้งครรภ์ ให้ฉีดวัคซีนชนิดเชื้อตายได้แต่ไม่ให้วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์
- ผู้ที่ได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ ชนิดใดชนิดหนึ่งแล้วต้องรออีกอย่างน้อย 28 วัน จึงจะให้วัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์อีกได้ แต่ถ้าในครั้งเดียวกันเด็กต้องได้รับวัคซีนชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์พร้อมๆ กันสามารถให้ได้ ส่วนวัคซีนชนิดเชื้อตายสามารถให้ได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงระยะห่าง

นอกจากนี้ การชักประวัติยังควรต้องถาม หรือดูเอกสารการได้รับวัคซีนครั้งสุดท้ายในสมุดสุขภาพด้วย การให้วัคซีนห่างเกินกว่ากำหนดไม่ได้ทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดน้อยลง แต่ในทางตรงกันข้ามการฉีดวัคซีนที่เร็วกว่ากำหนด อาจทำให้ภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นได้น้อยลงหรืออยู่ไม่นานตามกำหนด ดังนั้นถ้ามาฉีดวัคซีนเลยกำหนดนัดสามารถฉีดเชื่อมต่อไปได้เลยโดยไม่ต้องตั้งต้นใหม่

สำหรับเด็กที่เป็นทารกตลอดก่อนกำหนด สามารถให้วัคซีนเหมือนเด็กที่เกิดครบกำหนดได้โดยไม่ต้องพะวงถึงอายุก่อนคลอด

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

2.2 การสังเกตอาการก่อนให้วัคซีน

นอกเหนือจากการชักประวัติแล้ว การสังเกตลักษณะท่าทางและอาการแสดงของเด็กก่อนได้รับวัคซีนเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง เนื่องจากการได้ข้อมูลจากการชักประวัติเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่น่าเชื่อถือเพียงพอเท่ากับการมีข้อมูลจากการสังเกตและตรวจร่างกายมาประกอบการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ดังนั้นจึงมีแนวทางในการสังเกตและการตรวจร่างกายผู้รับบริการ ดังนี้

2.2.1 ผู้ให้บริการควรต้องสังเกตลักษณะทั่วไปของผู้รับบริการ สิ่งที่ผู้ให้บริการควรสังเกต คือ ลักษณะท่าทาง การตอบสนองของเด็ก หากเด็กซึม ดูอ่อนเพลียมาก ต้องประเมินสภาพและชักประวัติเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุและตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อประเมินความพร้อมที่จะรับวัคซีน

2.2.2 การสังเกตรอยที่ฉีดวัคซีน เมื่อครั้งที่ผ่านมาก็จำเป็นและนำมาใช้ในการตัดสินใจว่าครั้งนี้จะฉีดยาบริเวณใดข้างใด

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

2.2.4 การสังเกตความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์ของเด็กจะทำให้ผู้ให้บริการคำนึงถึงการเตรียมเด็ก และการรับมือกับเด็ก เป็นเรื่องปกติที่เด็กจะมีความกลัวในการรับการตรวจร่างกายหรือฉีดวัคซีน เพราะการฉีดวัคซีนจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและความรู้สึกเจ็บ ผู้ให้บริการจึงต้องคำนึงถึงหลักการของ Atraumatic Care หรือการดูแลที่ไม่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ การเข้าใจในพัฒนาการตามวัยของเด็ก เลือกวิธีการเข้าหาเด็ก หรือเตรียมเด็กที่ทำให้เด็กไม่เกิดความกลัว ไม่ใช่คำพูดข่มขู่หรือแสดงท่าทีคุกคามเด็ก มีการพูดคุยสร้างบรรยากาศ ฉีดวัคซีนด้วยเทคนิควิธีการที่ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย เป็นต้น

2.3 การเตรียมการก่อนให้วัคซีน

ในที่นี้จะกล่าวถึงวิธีการเตรียมเพื่อที่จะฉีดวัคซีน การเลือกอุปกรณ์ การตรวจสอบวัคซีนและวิธีการเตรียมยา

2.3.1 การเตรียมการเพื่อลดการติดเชื้อ

การเตรียมที่ถูกต้องเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การได้รับวัคซีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งควรคำนึงถึงเรื่องการควบคุมการติดเชื้อเป็นสำคัญ ได้แก่ การล้างมือ สวมถุงมือ การป้องกันเข็มแทง การใช้อุปกรณ์ชนิดที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง

- **การล้างมือ:** เป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อหรือการปนเปื้อนที่มีประสิทธิภาพที่สุด วิธีการล้างมือควรล้างด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้น้ำยาล้างมือแล้วซับให้แห้งก่อนเตรียมยา
- **การป้องกันการบาดเจ็บจากเข็มแทง:** ในขณะที่เตรียมหรือผสมยา ผู้ให้บริการควรแน่ใจว่าเข็มฉีดยาที่ใช้ต้องไม่มีการปนเปื้อนและไม่สัมผัสกับสิ่งใด ๆ และต้องระมัดระวังในการสวมปลอกเข็มกลับเพื่อไม่ให้เกิดการบาดเจ็บจากเข็มแทง และทำให้เกิดการปนเปื้อน และหลังจากฉีดวัคซีนแล้วไม่ควรสวมปลอกเข็มกลับหลังฉีด เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและการติดเชื้อจากการถูก

เข็มที่ใช้แล้วแทง

- การใช้อุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง: เข็มที่ใช้เสร็จแล้วให้ทิ้งในกล่องใส่เข็ม เพื่อไม่ให้นำเข็มกลับมาใช้อีก และเป็นการป้องกันการติดเชื้อผ่านเลือด
- ถุงมือ: หากพบว่าการใช้วัคซีนครั้งนั้นเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือใช้เมื่อมีแผลที่มือที่อาจสัมผัสกับน้ำลายหรือสารคัดหลั่งจากผู้รับวัคซีน แต่หากไม่มีภาวะเสี่ยงใดๆก็ไม่จำเป็นต้องใช้

2.3.2 การเลือกอุปกรณ์

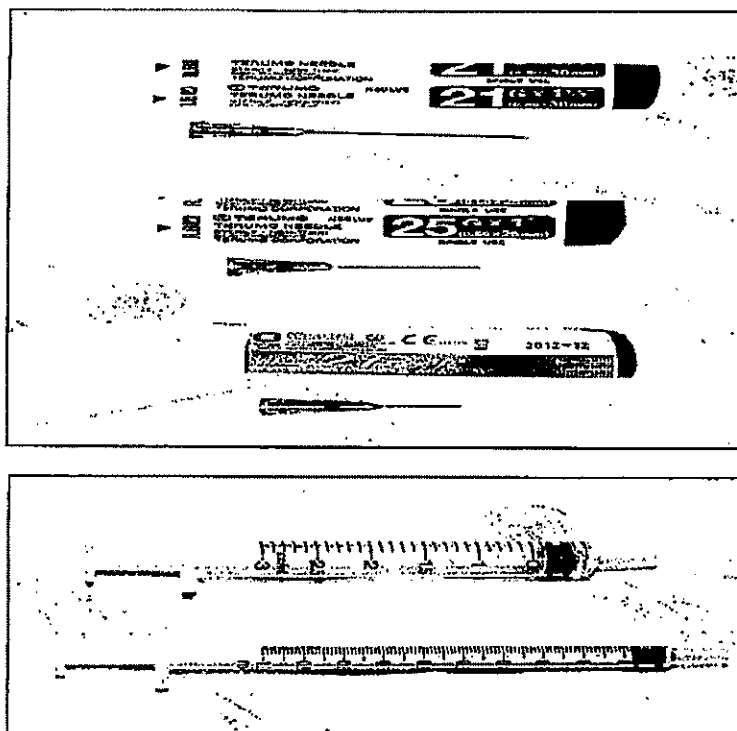
- อุปกรณ์ที่จะกล่าวถึงเป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการเตรียมจะฉีดวัคซีน นั่นคือ การเลือก syringe และเข็มฉีดยาให้เหมาะสม (ภาพที่ 6.2)

การเลือกใช้ Syringe

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

การเลือกใช้เข็มสำหรับการดูดน้ำยาวัคซีน

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



ภาพที่ 6.2 การเลือกอุปกรณ์ Syringe และเข็มฉีดยา

2.3.3 การตรวจสอบวัคซีนและการเตรียมวัคซีน

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

วัคซีนบางชนิดจะมีการบรรจุหีบห่อ พร้อมกับมีน้ำยาทำละลาย (diluent) มาให้เมื่อผสมวัคซีน ผู้ให้บริการต้องใช้น้ำยาทำละลายของวัคซีนชนิดนั้น ๆ ไม่ควรใช้น้ำยาทำละลาย ที่เหลือจากวัคซีนหรือยาตัวอื่น ๆ แล้วนำมาใช้ผสมกับวัคซีนโดยเด็ดขาด นอกจากนั้นเมื่อผสมวัคซีนแล้ว ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในเอกสารกำกับยาเสมอ เพราะวัคซีนแต่ละชนิดจะระบุไว้ว่าควรใช้หลังจากผสมแล้วภายในกี่ชั่วโมง วัคซีนบางตัวถูกแสงไม่ได้

ต้องใช้ทันทีเมื่อนำออกมา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ให้บริการต้องให้ความสนใจในรายละเอียดด้วย

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

ผู้ให้บริการควรตระหนักไว้เสมอว่าผู้ที่เตรียมยาใส่ Syringe ควรจะเป็นผู้ฉีดวัคซีนนั้นด้วยตนเองเพื่อป้องกันความผิดพลาด ถึงแม้ว่าวิธีการนี้จะหลักการบริหารยาพื้นฐาน แต่มักจะถูกละเลยจากผู้ปฏิบัติอยู่เสมอ

กรณีการใช้วัคซีนชนิดบรรจุขวดหลายได้สั ต้องสามารถระบุได้ว่าผู้รับบริการคนใดได้รับวัคซีนขวดเดียวกัน โดยให้กำหนดเลขที่ของขวดวัคซีนที่นำมาใช้เพิ่มเติมจาก Lot number

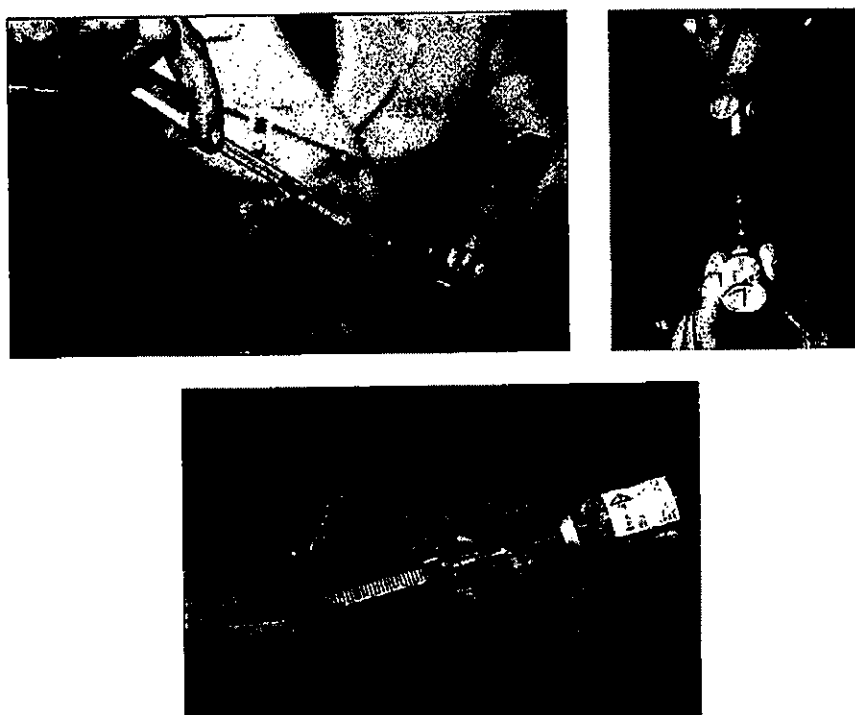
2.3.4 ข้อปฏิบัติในการป้องกันการผิดพลาดในการให้วัคซีน

- (1) ผู้ให้บริการวัคซีนทุกคนควรเป็นผู้มีความรู้ที่แท้จริงเกี่ยวกับวัคซีนทุกชนิด ดังนั้นต้องมีการฝึกอบรมเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
- (2) ควรทำตารางการให้วัคซีนไว้ในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรได้ใช้อ้างอิง หากไม่แน่ใจควรระบุช่วงอายุที่ใช้ ระยะห่างของวัคซีนแต่ละชนิด ขนาดที่ใช้ และวิธีใช้ ขนาดของเข็มที่ใช้
- (3) ให้ใช้วัคซีนที่ใกล้หมดอายุก่อน และหากพบวัคซีนหมดอายุ หรือ VVM ผิดปกติ ให้ทิ้งวัคซีนขวดนั้น
- (4) การเก็บวัคซีนควรมีฉลาก หรือแยกวัคซีนแต่ละชนิดเป็นสัดส่วน เพื่อให้เกิดการผิดพลาดน้อยที่สุดเวลานำมาใช้
- (5) ให้วัคซีนที่ตนเองเป็นผู้เตรียมเท่านั้น ใช้หลัก 6 R ในการให้วัคซีน คือ ถูกคน (Right patient) ถูกชนิด (Right drug) ถูกทาง (Right route) ถูกขนาด (Right dose) ถูกเวลา (Right time) และเทคนิคถูกต้อง (Right method)
- (6) ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการทุกครั้งว่าจะได้รับวัคซีนชนิดใด และอธิบายผลข้างเคียงที่ผู้ปกครองต้องสังเกต เมื่อให้วัคซีนแล้วต้องบันทึกวันที่ให้ ชื่อผู้รับบริการ ชนิดและครั้งที่ให้วัคซีน Lot number และเลขที่ของขวดวัคซีนในสมุดทะเบียนผู้มารับบริการ
- (7) ในการดูดตัวทำละลาย ต้องดูดให้หมดขวด เพราะผู้ผลิตได้เตรียมมาให้พอดีสำหรับผสมวัคซีนแล้วจะได้ปริมาตรของวัคซีนที่ผสมแล้วตามที่กำหนดข้างขวด

2.3.5 การเตรียมวัคซีนขณะให้บริการ

ในการเตรียมวัคซีนตอนให้บริการ ผู้ให้บริการควรดำเนินการดังนี้

- (1) ตรวจสอบชนิดของวัคซีนที่จะให้กับในสิ่งการรักษา
- (2) ตรวจสอบวันหมดอายุและเครื่องหมาย VVM (ถ้ามี) ที่ขวดวัคซีนที่จะใช้
- (3) ขวดยาที่เป็น vial ขวดใหม่ทุกขวด ก่อนใช้จะแกะฝาพลาสติกออก ต้องใช้สำลีแอลกอฮอล์เช็ดที่จุกยางและรอให้แห้งก่อนแทงเข็มดยาลงไป ตามขนาดการใช้ของวัคซีนแต่ละชนิด โดยคำนึงถึงเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด
- (4) ในขวดที่วัคซีนใกล้จะหมด หากดูดวัคซีนออกมาแล้วไม่ครบได้ส ให้ทิ้งไปแล้วเตรียมใหม่ ห้ามดูดขวดใหม่เพื่อเติมปริมาณให้ครบได้ส
- (5) ในกรณีที่เป็นวัคซีนชนิดบรรจุขวดหลายได้ส ใช้เข็มเบอร์ 21-25 ดูดวัคซีนใส่ Syringe ตามปริมาณที่ต้องการ (ในกรณีวัคซีน 2 ได้ส การใช้เข็มใหญ่อาจทำให้วัคซีนค้างในเข็มจนปริมาณไม่พอฉีด) และเปลี่ยนเข็มเป็นเข็มฉีดยาก่อนที่จะฉีดทุกครั้ง สำหรับเข็มที่ใช้ดูดวัคซีนชนิดใดแล้วห้ามนำไปใช้ดูดวัคซีนชนิดอื่น ๆ โดยเด็ดขาด
- (6) หากวัคซีนเป็นชนิดผงและผสมน้ำยาทำลาย ควรดูดน้ำยาทำลายให้หมดขวดแล้วผสมในขวดวัคซีน ต้องเขย่าขวดให้แน่ใจว่าน้ำยาทำลายกับผงวัคซีนรวมเป็นเนื้อเดียวกัน จึงค่อยนำวัคซีนมาใช้
- (7) การดูดน้ำยาทำลายวัคซีน MMR ให้ดูดหมดขวดถึงแม้ว่าจะเกิน 0.5 มล. และเมื่อผสมกับผงวัคซีนอาจมีปริมาณ 0.6-0.7 มล. เมื่อนำวัคซีนฉีดให้ ผู้รับบริการต้องใช้ให้หมด ไม่เช่นนั้นจะทำให้ผู้รับบริการได้รับวัคซีนไม่ครบได้ส



ภาพที่ 6.3 การเตรียมวัคซีนขณะให้บริการ

2.4 การเตรียมการขณะให้วัคซีน

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึง การจัดทำเด็กและเทคนิคการให้วัคซีนวิธีการฉีด

2.4.1 การจัดทำเด็ก

การจัดทำเด็กเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นการลดความเจ็บปวดของผู้รับวัคซีนได้ ช่วยให้การให้วัคซีนเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น เข็มหัก การให้วัคซีนในเด็กจำเป็นต้องมีการจัดทำเด็กที่เหมาะสม เนื่องจากเด็กอาจกลัวและดิ้นหนี โดยเฉพาะเด็กโต หากไม่มีการจัดทำที่ดีพอ จะทำให้เสียเวลาและเด็กจะเจ็บมากยิ่งขึ้นได้ แนะนำให้จัดทำเด็กเล็กและเด็กโต ดังนี้

สำหรับเด็กเล็ก จะจัดทำได้ง่ายเพราะเด็กตัวเล็กและมักจะไม่ดิ้นหนีรุนแรง การจัดทำเด็กเล็กที่เป็นทารก ขวบปีแรก ควรให้ผู้ปกครองกอดไว้ในท่านั่งตามภาพที่ 6.4 โดยจับเด็กให้นั่งบนหน้าขาผู้ปกครอง และหลังพิงแขนแล้วแขนผู้ปกครองโอบด้านบนไว้ ส่วนขาของเด็กให้ผู้ปกครองใช้ขาทั้งสองข้างหนีบไว้ และนำมืออีกข้างกดเข่าจะทำให้เด็กอยู่กับที่ สำหรับในเด็กอายุ 1-2 ปี หากจัดทำในท่านั่งได้ก็จะเป็นไปตามภาพที่ 6.5

หากเด็กตัวโตสามารถจัดให้เด็กอยู่ในท่านอนได้ ส่วนในเด็กนักเรียนควรจัดหาที่นั่งให้เด็กนั่งไม่ควรให้ยืน เพราะหากเด็กมีขาการเป็นลมจะไม่ได้ไม่เกิดอันตราย



ภาพที่ 6.4 การจัดทำสำหรับเด็กเล็ก



ภาพที่ 6.5 การจัดทำสำหรับเด็กโต

ในขณะที่เตรียมจัดทำเด็ก ควรทำความเข้าใจกับผู้ปกครองเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนของเด็กในวันนี้ การเลือกบริเวณที่ฉีด การให้ความมั่นใจในความปลอดภัย รวมทั้งการดูแลภายหลังที่ได้รับวัคซีน เนื่องจากเมื่อเด็กได้รับวัคซีนแล้ว จะร้องไห้ งอแง ทำให้ผู้ปกครองกังวลกับเด็ก ขาดสมาธิในการรับฟังข้อมูลต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

จากการศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าการนวดคลึงบริเวณที่ฉีดก่อนที่จะฉีดวัคซีน การหายใจ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ของเล่น การให้ดูดนตรีแม่ ก่อน ระหว่าง และหลังฉีด การจัดทำที่เหมาะสม และอยู่ใกล้ผู้ปกครอง และการฉีดยาให้เร็วโดยไม่ต้องทดสอบ (no aspiration) จะช่วยให้ระดับความเจ็บปวดของเด็กลดลง และกรณีที่มีการฉีดวัคซีนมากกว่า 1 ชนิดควรฉีดวัคซีนที่เจ็บมากที่สุดไว้ลำดับสุดท้าย เช่น MMR เป็นต้น

สำหรับเด็กโตที่เป็นเด็กวัยเรียนมักจะฉีดที่ต้นแขน ให้เด็กนั่งเอาแขนแนบลำตัว ตามภาพที่ 6.6 หากเป็นไปได้ควรจัดสถานที่ให้มีคิวดู และให้เด็กเข้ามารับวัคซีนครั้งละคน เพื่อลดความตื่นกลัว



ภาพที่ 6.6 การจัดท่าสำหรับเด็กนักเรียน

2.4.2 วิธีการให้วัคซีน

การให้วัคซีนเข้าร่างกายมี 5 วิธี ซึ่งในแต่ละวิธีจะมีเทคนิคที่แตกต่างกัน ดังนี้

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

การหยอดวัคซีนโปลิโอ

1. หากปลายหลอดพลาสติกสัมผัสกับปากหรือน้ำลายเด็ก ให้เปลี่ยนหลอดพลาสติกก่อนหยอดเด็กรายต่อไป
2. หากทำการหยอดโปลิโอแล้ว เด็กฟ่นออกมาหรืออาเจียนออกมาภายใน 5-10 นาที และพิจารณาแล้วว่ายากออกมาหมด สามารถหยอดซ้ำได้ แต่หากพิจารณาแล้วว่ายากที่หยอดเข้าไปมีโอกาสดูดซึมผ่านเยื่อเมือกภายในช่องปากแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องหยอดซ้ำ

(2) การพ่นเข้าทางจมูก เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันในทางเดินหายใจด้วย

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

การฉีด BCG เข้าชั้นในหนัง (Intradermal injection; ID) ควรฉีดบริเวณไหล่ด้านซ้ายเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน จะทำให้ง่ายต่อการตรวจสอบรอย BCG Scar ปัจจุบันพบว่าการฉีดหลายตำแหน่งไม่ว่าจะเป็นไหล่ข้างขวา หรือบริเวณอื่น โดยเฉพาะในบริเวณอื่น อาจมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้จากการหมักหมมของอุจจาระและปัสสาวะที่มีโอกาสสัมผัสกับบริเวณที่ฉีดวัคซีน

(4) การฉีดเข้าใต้หนัง (subcutaneous route) ใช้กับวัคซีนที่ไม่ต้องการให้ดูดซึมเร็วเกินไป เพราะอาจเกิดปฏิกิริยารุนแรง และเป็นวัคซีนที่ไม่มีสารดูดซับ (adjuvant) เช่น วัคซีนรวมหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) วัคซีนหัดเยอรมัน วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโปลิโอ (JE) เป็นต้น

ตารางที่ 6.1 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fat)

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

(5) การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular route) ใช้เมื่อต้องการให้การดูดซึมของวัคซีนดี วัคซีนที่มีสารดูดซับ (adjuvant) ต้องฉีดเข้ากล้ามเนื้อเสมอ เพราะถ้าฉีดเข้าในหนังหรือใต้หนังจะทำให้เกิดการอักเสบเป็นไตเฉียบพลันได้ การฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่มีบริเวณที่เหมาะสมสำหรับการฉีดอยู่ 2 ที่ คือ บริเวณต้นแขน (deltoid) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการดูดซึมดีที่สุด เพราะไขมันไม่มาก เลือดเลี้ยงดีและแขนมีการเคลื่อนไหวทำให้การดูดซึมของยาดี และบริเวณกึ่งกลางต้นขาด้านหน้าค่อนไปด้านนอก (mid anterolateral thigh) บริเวณกล้ามเนื้อ vastus lateralis การฉีดบริเวณหน้าขามักนิยมฉีดในเด็กเล็ก เนื่องจากแขนยังมีกล้ามเนื้อน้อย ในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่จะฉีดบริเวณต้นแขน วัคซีนที่ให้ทางกล้ามเนื้อ ได้แก่ วัคซีนรวมคอตีบบาดทะยัก ไคกรร (DTP) วัคซีนตับอักเสบบี (HBV) และวัคซีนพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

ตารางที่ 6.2 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องทดสอบก่อนฉีดวัคซีนเข้าไป (aspiration)

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

ตารางที่ 6.2 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องทดสอบก่อนฉีดยาเข้าไป (aspiration) (ต่อ)

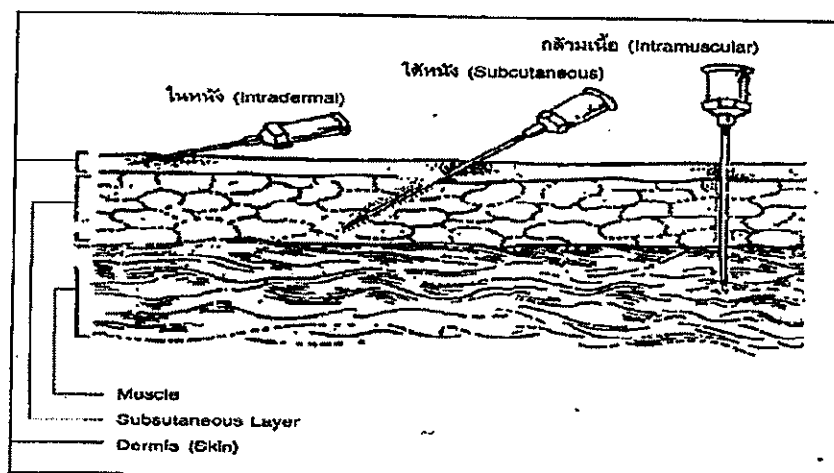
อายุเด็ก	บริเวณที่ฉีด	ขนาดและความยาวของเข็ม
วัยก่อนเรียน (3-6 ปี)	กล้ามเนื้อ Vastus lateralis หรือ กล้ามเนื้อแขน Deltoid	เข็มเบอร์ 25 ยาว 1 นิ้ว หรือ 1 นิ้วครึ่ง ให้พิจารณาจากความอ้วนผอมของเด็ก และให้พิจารณาฉีดในบริเวณที่มีการดูดซึมที่ดีที่สุด เนื่องจากในเด็ก การใช้กล้ามเนื้อขาจะมากกว่าแขน ยามีโอกาสดูดซึมได้ดีกว่า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

(6) ห้ามฉีดวัคซีนที่สะโพก เพราะอาจฉีดเข้าชั้นไขมันได้ไม่ถึงกล้ามเนื้อ นอกจากนี้เลือดยังไปเลี้ยงสะโพกน้อยกว่าที่ต้นแขน อีกทั้งสะโพกมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้ยาดูดซึมได้ไม่ดี และจะมีผลให้การสร้างภูมิคุ้มกันไม่ดีด้วย และที่สำคัญคืออาจทำให้เกิด sciatic nerve injury (เดินขาเป๋ตลอดชีพ) ทำให้เกิดความพิการได้

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

2.4.3 เทคนิคการฉีด

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการฉีดวัคซีนมี 3 แบบ คือ Intradermal (เข้าชั้นในหนัง), subcutaneous (เข้าชั้นใต้หนัง) และ Intramuscular (เข้าชั้นกล้ามเนื้อ) ก่อนที่จะลงรายละเอียดถึงเทคนิควิธีการฉีดนั้น อยากให้ผู้ให้บริการวัคซีนได้ทราบว่ามีวิธี/เทคนิควิธีการฉีดนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้วัคซีนเข้าสู่ร่างกายและมีการดูดซึม รวมทั้งมีการกระจายตัวของวัคซีน ทำให้เกิดการสร้างภูมิคุ้มกันอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด หลักปฏิบัติโดยทั่วไปก่อนที่จะฉีดต้องยึดหลักการบริหารวัคซีนอย่างเคร่งครัด เมื่อตรวจสอบทุกอย่างเรียบร้อยแล้ว ก็พร้อมที่จะฉีดวัคซีนเข้าสู่ร่างกาย เทคนิคการฉีดแต่ละแบบ มีดังนี้



ภาพที่ 6.7 การวางตำแหน่งเข็มและความลึกของการแทงเข็ม
(สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

(1) การฉีดวัคซีนเข้าในหนัง (Intradermal)

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



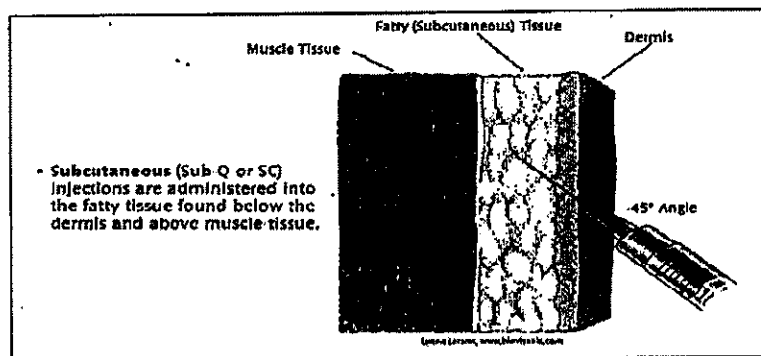
ภาพที่ 6.8 การวางตำแหน่งเข็มและความลึกของการแทงเข็มฉีดเข้าในหนัง

(2) การฉีดวัคซีนเข้าใต้ชั้นผิวหนัง (Subcutaneous)

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

- ขนาดเข็มและความยาวของเข็ม: ใช้เข็มเบอร์ 26 ความยาว 1/2 นิ้ว
- เทคนิค: ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ดึงผิวหนังขึ้นมา จะรู้สึกได้ว่าจับในส่วน

ของชั้นไขมันขึ้นมา แขนงเข็มทำมุม 45 องศา และดันวัคซีนเข้าไป (ซึ่งก่อนดันวัคซีนเข้าไปทุกครั้งควรตรวจสอบก่อน โดยการดึงกระบอกสูบขึ้นมา ถ้าไม่มีเลือดก็ดันวัคซีนเข้าไปได้เลย) เมื่อฉีดเสร็จให้ใช้สำลีแห้งกดเบาๆ บริเวณที่ฉีดสักครู่ หรือใช้สำลีแห้งติดพลาสติกบอกลูกผู้ปกครองว่าที่ฉีดสักครู่ก็สามารถดึงออกได้ แสดงดังภาพที่ 6.9 - 6.11



ภาพที่ 6.9 ตำแหน่งของเข็มและความลึกของเข็มในชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous route)



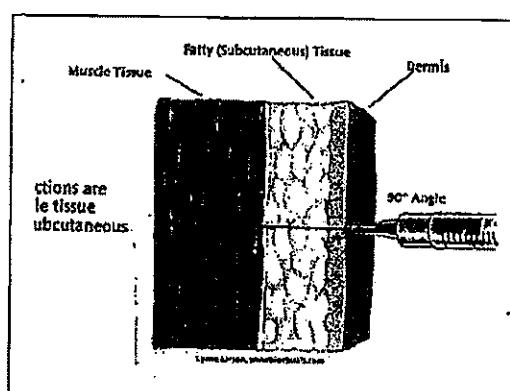
ภาพที่ 6.10 บริเวณที่ฉีดยาเข้าในชั้นใต้ผิวหนังบริเวณแขน



ภาพที่ 6.11 การฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังบริเวณหน้าขา

(3) การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ (intramuscular)

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

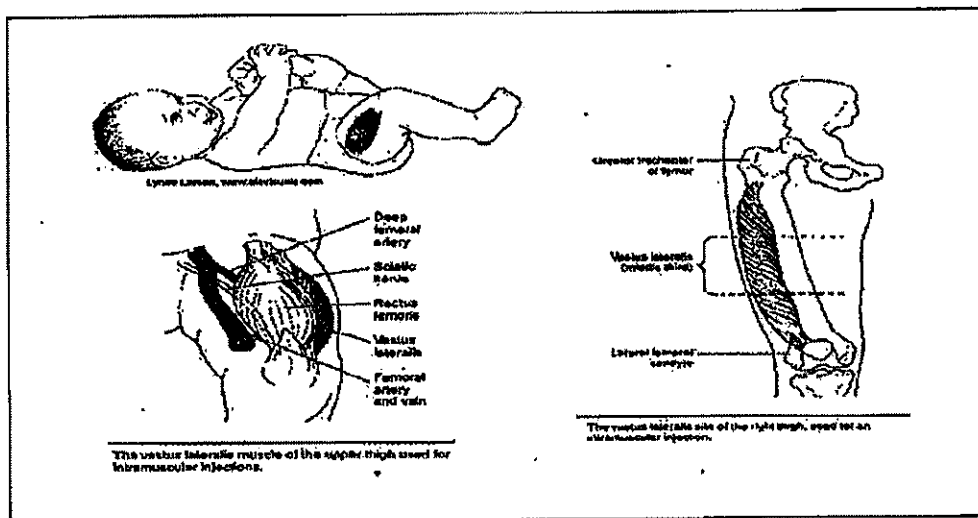


ภาพที่ 6.12 ตำแหน่งของเข็มและความลึกของเข็มในชั้นกล้ามเนื้อ (Intramuscular route)

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

ข. สำหรับเด็กโตและผู้ใหญ่ การให้วัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ มักจะฉีดเข้าบริเวณกล้ามเนื้อ ต้นแขน (deltoid) ดังแสดงในภาพที่ 6.16

- ขนาดเข็มและความยาวของเข็ม: ใช้เข็มเบอร์ 25 ความยาว 1-1.5 นิ้ว ขึ้นกับความหนาของผิวหนังและชั้นไขมันของผู้รับวัคซีน
- เทคนิค: เช็ดแอลกอฮอล์ ใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้กดบริเวณที่ฉีดให้ตึง แหงเข็มทำมุม 90 องศา และดันวัคซีนเข้าไป (ควรทดสอบก่อนดันวัคซีนเข้าไปทุกครั้ง) การฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อต้องพิจารณาขนาดความยาวของเข็มให้แน่ใจว่าเข้าถึงชั้นกล้ามเนื้อจริงๆ ดังนั้นการพิจารณาจะขึ้นอยู่กับขนาดรูปร่างของผู้รับวัคซีน เมื่อฉีดวัคซีนเสร็จใช้ผ้าปิดแผลบริเวณที่ฉีด หรือใช้พลาสเตอร์ปิดโดยกดเล็กน้อย



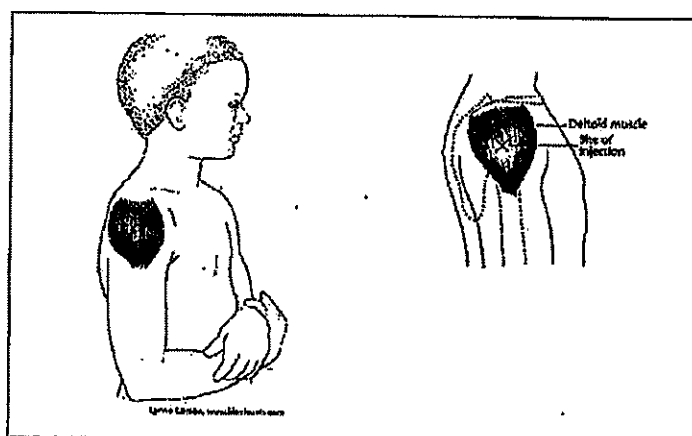
รูปที่ 6.13 แสดงบริเวณที่ฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 6.14 การวัดก่อนฉีดวัคซีน ฉีดส่วนที่ 2 คือส่วนตรงกลาง



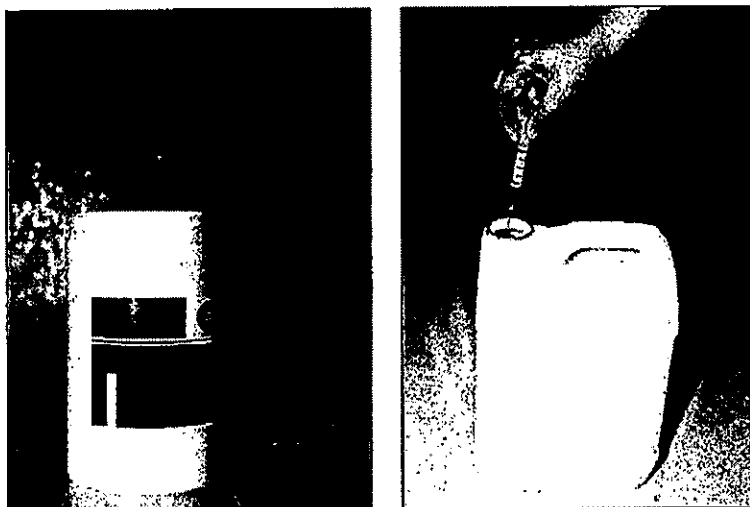
ภาพที่ 6.15 การฉีดวัคซีนเข้าชั้นกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 6.16 การฉีดวัคซีนบริเวณกล้ามเนื้อแขน (deltoid)

3. การกำจัดอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว

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



ภาพที่ 6.17 การทิ้งเข็ม

4. การสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีน

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

ปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้น จำแนกได้ 2 ประเภท ได้แก่ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งระบบ ดังนี้

1. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเฉพาะที่

อาการและอาการแสดง ได้แก่ อาการบวม แดง ร้อน คัน บริเวณที่ฉีดวัคซีน อาจมีเลือดออกซึม เล็กน้อยและหยุดในระยะเวลาอันสั้น อาการเหล่านี้จะหายไปได้เอง

การจัดการเบื้องต้น หรือคำแนะนำทั่วไป

- ไม่แนะนำให้สัมผัส ผัด กัดแรง คลึง นวด หรือใช้ยาทาบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ดูแลความสะอาด สังเกตอาการว่ามีอาการปวด บวม แดง ร้อนบริเวณที่ฉีดหรือไม่ หรือมีลักษณะผิดปกติใด ๆ เช่น มีเลือดออกมาก มีตุ่มหนอง มีอาการไข้สูงมาก ให้รีบมาพบแพทย์

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

2. ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับระบบชนิดไม่รุนแรงและชนิดรุนแรง

อาการและอาการแสดงชนิดไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้สูงมากกว่า 39°C ซึม เบื่ออาหาร ร้องกวน อาเจียน หรือมีผื่นขึ้นตามตัว

การจัดการและการให้คำแนะนำทั่วไป

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

เอกสารอ้างอิง

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

แบบบันทึกการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease)

☐ ผู้ประกันตน ☐ ข้าราชการ ☐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน										
[]	-	[]	[]	[]	-	[]	[]	[]	-	[]
ผู้รับการตรวจ ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี										
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....										
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....										
หน่วยบริการที่ตรวจคัดกรอง ชื่อ..... จังหวัด.....										
วันที่ตรวจ.....										

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 แผลที่เท้า/ตัดขา (จากเบาหวาน) | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.8 คลอดบุตรน้ำหนักเกิน 4 กิโลกรัม | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.9 ตื่นน้ำบ่อยและมาก | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.10 ปัสสาวะกลางคืน 3 ครั้งขึ้นไป | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.11 กินจุแต่ผอมลง | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.12 น้ำหนักลด / อ่อนเพลีย | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.13 เป็นแผลริมฝีปากบ่อยและหายยาก | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.14 คันตามผิวหนังและอวัยวะสืบพันธุ์ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.15 ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |
| 2.16 ขาปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ | ☐ มี | ☐ ไม่มี | ☐ ไม่เคยตรวจ |

3. กรณีที่ท่านมีประวัติเจ็บป่วย ตามข้อ 2 ท่านปฏิบัติตนอย่างไร

- ☐ รับประทานยาอยู่/ปฏิบัติตามแพทย์แนะนำ
- ☐ รับประทานยา แต่ไม่สม่ำเสมอ
- ☐ เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา/หายาทานเอง

4. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

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

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

- ☐ 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% หรือ		
- Post prandial blood sugar.....mg% (หลังรับประทานอาหาร.....ซม.)		
ตรวจร่างกายทั่วไป.....		

สรุปผลการตรวจคัดกรองยืนยัน

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

9.กรณีผู้รับบริการ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติเสี่ยง และมีค่าBMIมากกว่า 25 กก/ม ² 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

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

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ภาคผนวก 2

(ตัวอย่าง) หนังสือการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล

หนังสือเลขที่.....

ชื่อหน่วยบริการ.....

รหัสสถานพยาบาล (5 หลัก).....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. รายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล จำนวน.....แผ่น

2. ซีดีรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกลบข้อมูล จำนวน.....แผ่น

3.จำนวน.....แผ่น

.....

.....

.....

.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อ.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้ประสาน.....

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

(ตัวอย่าง) สรุปรายละเอียดการขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล.....
 ชื่อคลินิก รหัสสถานพยาบาล(มี 5 หลัก)

ลำดับ	เลขบัตรประชาชน (13หลัก)	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	สิทธิ การ รักษา	วันที่ให้บริการ	วันที่บันทึกข้อมูล ในโปรแกรม BPPDS	รายละเอียดของกิจกรรมขอแก้ไข/ยกเลิกข้อมูล
1	1111111111111	สุดใจ ฟ้าใส	16	UC	1/10/2016	5/10/2016	ฝากครรภ์ครั้งที่ 1
2	2222222222222	ขยัน ชื่อสัตย์	6	SSS	24/02/2017	28/02/2017	คัดกรองความเสี่ยงฯ
3	1122334455667	เขียว เหลืองอ่อน	59	OFC	16/08/2017	18/08/2017	ตรวจสุขภาพช่องปากฯ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

(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.....

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

(ตัวอย่าง) สรุปรายละเอียดการขอขออนุมัติข้อมูลกิจกรรม.....

ชื่อคลินิก รหัสสถานพยาบาล(มี 5 หลัก)										
ลำดับ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน(13หลัก)	ชื่อ - นามสกุล	อายุ (ปี)	สิทธิการรักษา	วันที่ให้บริการ	วันบันทึกข้อมูลในโปรแกรม BPPDS	ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เข้าช้อน	เบอร์โทรศัพท์ผู้รับบริการที่สามารถติดต่อได้	รายละเอียดของกิจกรรม	จำนวนเงิน (บาท)
1	111111111111	สุดใจ ฟ้าใส	16	UC	1/10/2016	5/10/2016	รพ.....	086 086 0861	ฝากครรภ์ครั้งที่ 1	1,200
2	222222222222	ขยัน ชื่นสัตย์	6	SSS	24/02/2017	28/02/2017	คลินิก.....	081 123 4567	คัดกรองความเสี่ยงฯ	50
3	1122334455667	เจียว เหลืองอ่อน	59	OFC	16/08/2017	18/08/2017	ศูนย์บริการฯ...	02 222 3355	ตรวจสุขภาพช่องปากฯ	100
รวมเป็นเงิน										1,350

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่มีการจัดการบริการจริงทุกประการ และได้เก็บหลักฐานรายละเอียดการให้บริการไว้ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ภาคผนวก 3

ตัวอย่างแบบฟอร์มการดูแลสุขภาพประชาชน (Family Care Team)

แบบฟอร์มการสำรวจชุมชน (Community Survey)

ทะเบียนชุมชน เลขที่ชุมชน	
* ชื่อหน่วยบริการ :	
* ชื่อชุมชน :	
* ประเภทชุมชน : ☐ ชุมชนหลัก ☐ ชุมชนย่อย	
* ประเภทชุมชน : ☐ ชุมชนหลัก ☐ ชุมชนย่อย (ขึ้นอยู่กับชุมชนหลัก)	
* ประเภทชุมชน : ☐ ชุมชนหลัก ☐ ชุมชนย่อย (ขึ้นอยู่กับชุมชนหลัก)	
* สถานที่ตั้ง : หมู่	
* ลักษณะชุมชน : ☐ บ้านเมือง ☐ แอ่ง ☐ หมู่บ้านจัดสรร ☐ เมือง ☐ เขตชุมชน ☐ อาคารสูง	
* แขวง : * เขต :	
รายละเอียดชุมชน	
* วันที่สำรวจ :/...../.....	
* จำนวนหลังคาเรือน : * จำนวนครอบครัว : * จำนวนคน :	
แหล่งขยะมูลฝอย/ก้นครัว : ☐ มี ☐ ไม่มี	
แหล่งน้ำท่วมขังในชุมชน : ☐ มี ☐ ไม่มี	
สุขาภิบาลในชุมชน : ☐ มี ☐ ไม่มี	
สภาพแวดล้อมในชุมชน : ☐ ปกติดี ☐ ไม่ปกติดี	
สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ :	
☐ ไม่มี ☐ มลพิษทางอากาศ ☐ มลพิษทางเสียง ☐ มลพิษทางน้ำ	
1. แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ ☐ 1. คลินิก แห่ง ☐ 2. ร้านขายยา แห่ง ☐ 3. ศูนย์สุขภาพชุมชน แห่ง ☐ 4. ศูนย์ชุมชน แห่ง ☐ 5. หน่วยงานราชการ แห่ง ☐ 6. ศาลาประชาคม แห่ง ☐ 7. สถานศึกษา (โรงเรียน มหาวิทยาลัย) แห่ง ☐ 8. โรงพยาบาล แห่ง ☐ 9. สถานรับเลี้ยงเด็ก แห่ง ☐ 10. โรงเจ แห่ง ☐ 11. สถานีตำรวจ แห่ง ☐ 12. สถานีดับเพลิง แห่ง ☐ 13. สถานทูต แห่ง ☐ 14. ศูนย์บริการสาธารณสุข แห่ง ☐ 15. มุสลิม แห่ง ☐ 16. สมาคม แห่ง	2. แหล่งเฝ้าระวังด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม ☐ 1. โรงฆ่าสัตว์ แห่ง ☐ 2. ร้านแก๊ส แห่ง ☐ 3. ร้านเกมส์ / อินเทอร์เน็ต แห่ง ☐ 4. ตู้จำหน่าย แห่ง ☐ 5. ร้านซ่อมต่างๆ แห่ง ☐ 6. ร้านแก๊ส แห่ง ☐ 7. โรงงาน แห่ง ☐ 8. ร้านขาย แห่ง ☐ 9. สถานบันเทิง (คาราโอเกะ, คาเฟ่ ฯลฯ) แห่ง ☐ 10. โกดัง แห่ง
3. แหล่งที่พักอาศัย ☐ 1. สุรกึ่งเพื่อการพักอาศัย เช่น อพาร์ทเมนต์, บ้านเช่า แห่ง ☐ 2. โรงแรม แห่ง	4. แหล่งชุมชน/ตลาด ☐ 1. สถาบันกวดวิชา แห่ง ☐ 2. ร้านวัสดุก่อสร้าง/วัสดุก่อสร้าง แห่ง ☐ 3. ร้านเสริมสวย/ตัดเสื้อ แห่ง ☐ 4. ร้านซักผ้า แห่ง ☐ 5. ร้านอาหาร/เครื่องดื่ม แห่ง ☐ 6. ห้อง/ร้านทอง/ร้านเพชร แห่ง ☐ 7. บริษัท แห่ง ☐ 8. ธนาคาร แห่ง ☐ 9. ร้านสะดวกซื้อ แห่ง ☐ 10. ห้างสรรพสินค้า แห่ง ☐ 11. สำนักงานต่างๆ แห่ง ☐ 12. ร้านหนังสือ/อุปกรณ์การศึกษา แห่ง

หมายเหตุ :

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

แบบฟอร์มการสำรวจข้อมูลที่หักอาศัย

รหัสบ้าน(House ID).....	
ชื่อหน่วยบริการ :	
* วันที่สำรวจ :/...../..... * ชื่อผู้สำรวจ : ตำแหน่ง	
* บ้านเลขที่ : ชื่อที่อยู่ หมู่ ซอย	
แยก * ถนน * แขวง * เขต	
* รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์	
รหัสประจำบ้าน..... ☐ ไม่มีรหัสประจำบ้าน ระบุ(๐1.บ้านบุกรุก ๐2.บ้านพักคนงาน ๐3.ไม่สามารถให้ข้อมูลได้)	
รายละเอียดที่พักอาศัย	
ลักษณะบ้าน: ๐1.บ้านเดี่ยว ๐2.บ้านเรือนแถว ๐3.ทาวน์เฮาส์ ๐4.ตึกแถว ๐5.อาคารชุด ๐6.แฟลต ๐7.ที่พักชั่วคราว/เพิง ๐8.ศาลาสถาน ๐9.บ้านที่เป็นพาหนะหรือบ้านที่สามารถเคลื่อนที่ได้	ประเภทที่อยู่อาศัย: ๐1.ของตนเอง ๐2.เช่า(ที่ดิน/บ้าน) ๐3.ห้องแบ่งเช่า ๐4.อาศัยผู้อื่น ๐5.หน่วยงานจัดไฟ ๐6.บ้านบุกรุก ๐7.ที่ทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ๐8.ไม่ทราบ
การใช้ประโยชน์: ๐1.ที่พักอาศัย ๐2.สถานประกอบการ ๐3.ที่พักอาศัยและสถานประกอบการ	* จำนวนคนตามทะเบียนบ้าน:คน
สถานประกอบการ (ระบุเพิ่มเติมกรณีเลือกการใช้ประโยชน์ เป็นสถานประกอบการ หรือที่พักอาศัยและสถานประกอบการ)	
ประเภทสถานประกอบการ: ๐1.แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ ระบุ..... ๐2.แหล่งเฝ้าระวังด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม ระบุ..... ๐3.แหล่งที่พักอาศัย ระบุ..... ๐4.แหล่งชุมชน/ตลาด ระบุ.....	
ชื่อสถานประกอบการ:	
จำนวนประชากรที่อยู่ในสถานประกอบการ.....คน ชื่อผู้ติดต่อ.....เบอร์โทร.....	
เคยเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน: ๐ไม่เกิด ๐เกิด ระบุ.....	
โรคจากการทำงาน: ๐ไม่เกิด ๐เกิด ระบุ.....	
☐ พบบ้าน แต่สำรวจข้อมูลไม่ได้ สาเหตุ: ๐1.ไม่มีข้อมูล ๐2.บ้านปิด ๐3.ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจาก: ๐1.มีผู้ที่มาปฏิบัติงานในสถานประกอบการ แบบไม่กลับไม่พักค้าง เช่นคนงานในโรงงาน/บริษัท ๐2.มีผู้ที่พักอาศัยในอาคารอยู่ร่วมกันจำนวนมาก เช่นแฟลต คนโดดเดี่ยว ๐3.พบบุคคล แต่ปฏิเสธการให้ข้อมูลสุขภาพครอบครัว	

หมายเหตุ :

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

แบบฟอร์มการสำรวจข้อมูลสุขภาพที่พื้กอาศัยของครอบครัว (Health Survey)

รหัสครอบครัว(Family ID.....)	
ชื่อหน่วยงานบริการ :	
* วันที่สำรวจ :/../..	* ชื่อผู้สำรวจ : ตำแหน่ง
* ลำดับที่ :	* บ้านเลขที่ :
* สถานการณ์สำรวจ : 01.ไม่มีผู้สูงอายุ 02.บ้านเปิด 03.ไม่ให้ความร่วมมือ 04.สำรวจพบ	
* อากาศถ่ายเท : 01 02 03 04	* แสงสว่างภายในบ้าน : 01 เพียงพอ 02 ไม่เพียงพอ
* ความสะอาดเป็นระเบียบ : 01 02 03 04	* น้ำดื่ม : 01 ถูกสุขลักษณะ 02 ไม่ถูกสุขลักษณะ
* น้ำใช้ : 01 สะอาด 02 ไม่สะอาด	* ขยะมูลฝอย : 01 ถูกสุขลักษณะ 02 ไม่ถูกสุขลักษณะ
* การสุขาภิบาลอาหาร : 01 ถูกสุขลักษณะ 02 ไม่ถูกสุขลักษณะ	
* สุขา : 01 ไม่มี 02 (ระบุ ถูกสุขลักษณะ 03 ไม่ถูกสุขลักษณะ)	
* น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน : 01 ไม่มี 02 (ระบุ))	
* สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ : 01 ไม่มี 02 มี	
* สัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา : 01 ไม่มี 02 มี ☐ หู ☐ งู ☐ (สำรวจ CI > 0 ดีมาก = 0 01 < 10 02 พอใช้ > 10-20 03 ปรับปรุง > 20) ☐ แมลงสาบ ☐ แมลงวัน ☐ งู ☐ อื่นๆ	
* สัตว์เลี้ยงในครอบครัว : 01 ไม่มี 02 มี	
☐ สุนัข จำนวนทั้งหมด.....ตัว, จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว, วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../..... จำนวนที่ทำการหมั่น.....ตัว, จำนวนที่ฝังไมโครชิป.....ตัว ☐ แมว จำนวนทั้งหมด.....ตัว, จำนวนที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า.....ตัว, วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย...../...../..... จำนวนที่ทำการหมั่น.....ตัว ☐ หู 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 ☐ สัตว์เลี้ยงคละจาน จำนวนทั้งหมด.....ตัว	
พื้นฐานครอบครัว * การใช้จ่ายของครอบครัว : 01 เหลือเก็บ 02 เพียงพอไม่เหลือเก็บ 03 ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน 04 ไม่ให้ข้อมูล ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาชุมชน 1. การเข้าร่วมการบริการสาธารณสุขในชุมชน 1.1. การให้บริการภูมิคุ้มกันโรคในชุมชน ☐ 1.1.1 รณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจ ☐ 1.1.2 รณรงค์การให้วัคซีนครอบคลุม100% ☐ 1.1.3 อื่นๆ 1.2. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ☐ 1.2.1 รณรงค์/เฝ้าระวังโรคติดต่อ ☐ 1.2.2 รณรงค์ลดจากร่าง ☐ 1.2.3 รณรงค์การเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบบหายใจ ☐ 1.2.4 อื่นๆ 1.3. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ☐ 1.3.1 รณรงค์โรคหลอดเลือดสมอง ☐ 1.3.2 รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคหลอดเลือดสมอง ☐ 1.3.3 รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคความดันโลหิตสูง ☐ 1.3.4 รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคเบาหวาน ☐ 1.3.5 รณรงค์ยาเสพติด ☐ 1.3.6 อื่นๆ ☐ 1.4 การให้ความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน ☐ 1.5 การจัดหายานพาหนะประจำศูนย์สุขภาพชุมชน ☐ 1.6 การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่บ้าน ☐ 1.7 การขึ้นทะเบียน ส่วนสูงเด็ก 0- 5 ปี 1.8 การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ☐ 1.9 การดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับอายุและสุขภาพ ☐ 1.10 การป้องกันปัญหา สิ่งแวดล้อม มลภาวะต่างๆในชุมชน ☐ 1.11 การป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ☐ 1.12 การจัดหาผ้าสะอาด และกำจัดขยะ ☐ 1.13 การคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับอาหารและยา ☐ 1.14 การป้องกันอุบัติเหตุ และอุบัติเหตุ ☐ 1.15 การดูแลปาก-ฟันในชุมชน ☐ 1.16 การตรวจสุขภาพจิตในชุมชน 2. การเข้าร่วมเป็นผู้นำ หรือผู้แทนด้านสาธารณสุขในชุมชน ☐ 2.1 เป็นผู้แทนชุมชน ☐ 2.2 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ☐ 2.3 เป็นอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน(อปพร.) ☐ 2.4 เป็นอาสาสมัครอื่นๆ 3. อื่นๆ ☐ 3.1 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ ฯลฯ	
สรุปปัญหาสุขภาพครอบครัว : 01 ไม่มี 02 ไม่ให้ข้อมูล 03 มี ☐ ด้านสุขภาพอนามัย ☐ ด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา ☐ ด้านการศึกษา ☐ ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม ☐ ด้านที่อยู่อาศัย ☐ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน	
ข้อพิจารณาเสนอแนะ :	
ผู้ประเมิน :	

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
วันที่สำรวจ :	ผู้สำรวจ :
ประเภทบัตร : ๐1.บัตรประจำตัวประชาชน ๐95.บัตรต่างด้าว	เลขที่บัตร :
คำนำหน้า : ชื่อ-สกุล :	วันเดือนปีเกิด :
เพศ : ๐ ชาย ๑ หญิง บ้านพัก : กก. ส่วนสูง : ซม.	
สัญชาติ : เชื้อชาติ : ศาสนา :	
รายชื่อในทะเบียนบ้าน : ๐1.มีรายชื่ออยู่จริง ๐2.มีรายชื่อในเขต กทม. ๐3.มีรายชื่ออยู่ต่างจังหวัด ๐4.ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน(ต่างด้าว) ๐5.ไม่ทราบ	
สถานะในครอบครัว : ๐1.หัวหน้าครอบครัว ๐2.คู่สมรส ๐3.บุตร ๐4.ญาติ ๐5.ผู้อาศัย ๐6.ไม่ทราบ	
สถานภาพสมรส : ๐1.โสด ๐2.คู่ ๐3.หย่า ๐4.หย่า ๐5.แยกกัน ๐6.สมณะ ๐7.ไม่ทราบ	
การศึกษา : ๐1.ไม่ได้รับการศึกษา ๐2.ก่อนประถมศึกษา ๐3.ประถมศึกษา ๐4.มัธยมศึกษาตอนต้น ๐5.มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ๐6.อนุปริญญา/ปวส. ๐7.ปริญญาตรี ๐8.ปริญญาโท ๐9.ปริญญาเอก ๐10.ไม่ทราบ	
อาชีพ : ๐1.ว่างงาน ๐2.กำลังศึกษา ๐3.แม่บ้าน/พ่อบ้าน ๐4.รับจ้าง ๐5.ค้าขาย ๐6.รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ ๐7.รัฐวิสาหกิจ ๐8.ธุรกิจส่วนตัว ๐9.เกษตรกร ๐10.ลูกจ้าง ๐11.ไม่ทราบ	
สถานะปัจจุบัน : ๐1.มีชีวิต ๐2.ย้าย ๐3.เสียชีวิต วันที่เสียชีวิต :	
สิทธิการรักษา : ๐ ในเขต ๑ นอกเขต	
ตรวจสุขภาพ : ๐ ตรวจ ๑ ไม่ตรวจ	ตรวจสุขภาพในช่องปาก : ๐ ตรวจ ๑ ไม่ตรวจ
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย : ๐1.ซื้อยามารับประทานเอง ๐2.รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ๐3.รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา ๐4.รักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ๐5.คลินิกเอกชน ๐6.โรงพยาบาลของรัฐ ๐7.โรงพยาบาลเอกชน ๐8.ปล่อยทิ้งไว้ไม่ได้รักษา ๐9.ไม่ทราบ ๐10.รักษาแพทย์ทางเลือก	
แพทย์ : ๐1.ปฏิเสธการแพทย์ ๐2.แพทย์ ระบุชื่อ/อาการ ๐3.ไม่ทราบ	
แพทย์อาหาร : ๐ ไม่แพ้ ๑ แพ้ ระบุชนิด/อาการ	
ภาวะสุขภาพ : ๐1.ปกติ ๐2.เสี่ยง ๑ โรคทางพันธุกรรม ๑ พฤติกรรม : ๑ สูบบุหรี่ ๑ ดื่มแอลกอฮอล์ ๑ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ๑ ใช้สารเสพติด ยาบ้า เสโรอื่น ผื่น สิว สะเก็ดเงิน เป็นต้น ๑ ไม่มีการป้องกันอันตรายจากการทำงาน ๑ พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ๑ ไม่ออกกำลังกาย ๑ เครียด ๑ BMI เกินส่วนพอม ๑ การไถยา ๑ มีปัญหาสุขภาพฟันและช่องปาก ๑ ไม่ตรวจสุขภาพ ๑ เสี่ยงทางเพศ ๑ เสี่ยงอื่นๆ ๐3.ป่วย	
ข้อมูลโรค	
โรคไม่ติดต่อ(ควบคุมโรคได้)	
ชื่อโรค	วันที่ป่วย
ชื่อโรค	วันที่ป่วย
โรคไม่ติดต่อ(ควบคุมโรคไม่ได้)	
ชื่อโรค	วันที่ป่วย
ชื่อโรค	วันที่ป่วย
โรคติดต่อ(เฝ้าระวัง)	
ชื่อโรค	วันที่ป่วย
ชื่อโรค	วันที่ป่วย

F5

ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

ลำดับที่ในครอบครัว.....	ชื่อ - สกุล	เลขบัตรประชาชน
วันที่เยี่ยม	รหัส P	รหัส F บ้านเลขที่

ประเภทกลุ่มเป้าหมาย:	กลุ่ม1 หญิงตั้งครรภ์ กลุ่ม4 เด็ก>6สัปดาห์-1ปี กลุ่ม7 วัยรุ่น (อายุ11-20ปี) กลุ่ม10 ชาย (อายุ 41-59ปี)	กลุ่ม2 หญิงหลังคลอด กลุ่ม5 วันก่อนเรียน (อายุ>1-5ปี) กลุ่ม8 รับทำงาน (อายุ21-40ปี) กลุ่ม11 ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	กลุ่ม3 เด็กแรกเกิด-6ปี กลุ่ม6 วัยเรียน (อายุ6-10ปี) กลุ่ม9 หญิง(อายุ41-59ปี) กลุ่ม12 คนพิการ
-----------------------------	--	--	---

การตรวจร่างกาย อุณหภูมิ : องศา น้ำหนัก : กก. รอยคล้ำปาก : ซม.	ชีพจร : ครั้ง/นาที ส่วนสูง : ซม. DTX : mmHg	การหายใจ : ครั้ง/นาที รอยเขียว : ซม. ความดันโลหิต : / mmHg
---	---	--

บันทึกกิจกรรมตามเนื้องาน			
กิจกรรมตามเนื้องาน ☐ วัดสัญญาณชีพ ☐ ทำแผล ☐ อื่นๆ			
☐ ให้ยาตามแผนการรักษา/การรักษาระยะสั้น ☐ ประเมินพัฒนาการ ☐ ตรวจ DTX			
☐ หักทรงอวัยวะสุขภาพ ☐ ให้คำแนะนำความรู้ทางสุขภาพ ☐ เจาะเลือด			
☐ สอนสาธิตการล้างเสริมสุขภาพ ☐ ประเมินยาบาล ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย			
☐ ให้คำปรึกษา ☐ กายภาพบำบัด ☐ ตรวจร่างกาย			
☐ ติดตามการมารับบริการ ☐ ดูแลรักษาอนามัยในช่องปาก ☐ ตรวจเต้านม			
☐ เช็ดตัว/ห่มหุค ☐ ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง ☐ ตรวจมะเร็งปากมดลูก			
☐ เช็ดตัวเพื่อลดไข้ ☐ คัดกรองทางจิตเวช ☐ ตรวจและสลับ / แผลผ้าค้ำ			
☐ วัดอุณหภูมิ/รอยคล้ำปาก ☐ เก็บวัสดุตัวอย่างสำรวจ ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			
ให้ความรู้เรื่อง ☐ ความรู้เกี่ยวกับโรค ☐ การปฏิบัติตน ☐ ด้านโภชนาการ ☐ ด้านสุขภาพ ☐ อื่นๆ			
ให้ความรู้เรื่อง ☐ ความรู้เกี่ยวกับโรค ☐ การปฏิบัติตน ☐ ด้านโภชนาการ ☐ ด้านสุขภาพ ☐ อื่นๆ			
แยกเอกสาร ☐ ความรู้เกี่ยวกับโรค ☐ การปฏิบัติตน ☐ ด้านโภชนาการ ☐ บริการ/ส่งต่อ.....			
กิจกรรมตามเนื้องาน งานส่งเสริมสุขภาพ/ตรวจสุขภาพ ☐ หาข้อเท็จจริง ☐ ให้คำแนะนำ ☐ ให้ข้อมูลข่าวสาร			
☐ ติดตามผล ☐ ประเมินผล ☐ การบำบัดทางสังคม/ฟื้นฟูสภาพ ☐ การนัดหมาย			

บันทึกความก้าวหน้าในการดูแลตนเอง (เฉพาะกลุ่ม 11 และกลุ่ม 12)			
ทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน : ☐ ทำได้เองทั้งหมด ☐ ทำได้บางส่วน ☐ ไม่สามารถ			
ปฏิบัติตามสุขภาพ/ปฏิบัติ 10 ประการ : ☐ ปฏิบัติถูกต้อง ☐ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ☐ อื่นๆ			
ออกกำลังกาย/ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป : ☐ > 3 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ < 3 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ ไม่สม่ำเสมอ			
นอนหลับหลับหรืออนาถ : ☐ ไม่มี ☐ บ่อยครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ประจำ			
รู้สึกเบื่อ/เซ็ง : ☐ ไม่มี ☐ บ่อยครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ประจำ			
มีสมาธิบ่อยครั้ง : ☐ ไม่มี ☐ บ่อยครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ประจำ			
ไม่อยากพบปะผู้คน : ☐ ไม่มี ☐ บ่อยครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ประจำ			
หงุดหงิด/กระวนกระวายใจ/รำคาญใจ : ☐ ไม่มี ☐ บ่อยครั้ง ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ประจำ			
การใช้ยา/สุขภาพจิต : ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้นาน ☐ ใช้นานออกออก ☐ ใช้สารเสพติดอื่นๆ			
วิธีการใช้ยา : ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ☐ การจัดการ : ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง			
สภาพจิตใจ : ☐ ยังไม่หมดอาลัยสภาพ ☐ หมอหายแล้วสภาพ			

บันทึกการประเมินผลการเยี่ยมบ้าน			
3.1 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง : ☐ ทำได้ ☐ อยู่ระหว่างการปรับเปลี่ยน ☐ ทำไม่ได้			
3.2 สรุปสุขภาพสุขภาพ : ☐ ปกติ ☐ เสีย ☐ บำรุง			
3.3 การติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป : ☐ เยี่ยมปีละ 1 ครั้ง ☐ เยี่ยมติดตามภายใน 6 เดือน ☐ ส่งต่อ HHC			
วิชาชีพที่ส่งต่อ ☐ แพทย์ ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน ☐ นาสัยกร ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน			
☐ หันตแพทย์ ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน ☐ นักกายภาพบำบัด ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน			
☐ พยาบาลวิชาชีพ ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน ☐ นักสังคมสงเคราะห์ ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน			
☐ พยาบาลจิตเวช ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน ☐ นักจิตวิทยา ☐ ส่วน ☐ ไม่ส่วน			
การเยี่ยม / การติดตามประเมินผล ครั้งนี้ วันที่ประเมิน ติดตาม / ประเมินผล			

หน้า 1 : F6 (MCH)

กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ ปี..... พ.ศ.....							
No	ครรภ์ที่	กำหนดคลอด	การฝากครรภ์			การใช้ยา/ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร/อุปกรณ์	
			ฝาก	ไม่ฝาก	ไม่ทราบ	ใช้ตามคำสั่งแพทย์	
						แพทย์หรือเภสัชกร	เภสัชกรหรือเภสัชกร

No	ครรภ์ที่	ประวัติการตั้งครรภ์			วันคลอด	วิธีการคลอด		ประวัติสุขภาพเจ็บป่วย/ปัจจัยเสี่ยง									
		ความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์				ปกติ	ผ่าคลอด	ใช้เครื่องมือ	โรคประจำตัว	โรคทางพันธุกรรม	มีการติดเชื้อ	หลังคลอด 1 wk. มีการปัสสาวะสีเข้ม	ใช้สารเสพติด	บุหรี่	สุรา	อื่นๆ	
		toxemia	DM	อื่นๆ													

ตรวจร่างกาย						ความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด					
ตรวจเต้านม			ตรวจเต้านม			ระยะเวลาห่างจากคลอดที่		การบริโภคร่างกาย		การคุมกำเนิด	
หัวนมสั้น/บวม	หัวนมแตก	เต้านมคัด	เต้านมอักเสบ	คัดน้ำนม	ระดับเต้านม	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี

ได้รับนมแม่				การรับวัคซีน			
ไม่ได้รับ	ได้รับ			ครบ	ไม่ครบ	วัคซีนที่ได้รับ	วัคซีนที่ยังไม่ได้รับ
	> 6 เดือน	3-6 เดือน	1-3 เดือน				

กลุ่ม 5 หญิงตั้งครรภ์ > 15 ปี						พัฒนาการ			
นม	ก่อนให้นม	ปกติ	ก่อนให้นม	มากเกิน	ปกติ	มีปกติ			
						การใช้ภาษา	กล้ามเนื้อใหญ่	กล้ามเนื้อเล็ก	ด้านสังคม

การรับวัคซีน				
ครบ	ไม่ครบ	วัคซีนที่ได้รับ	วัคซีนที่ยังไม่ได้รับ	วัคซีนที่ยังไม่ได้รับ

กลุ่ม 6 หญิงตั้งครรภ์ 6-10 ปี								
ไม่มี	มี				ครบ	ไม่ครบตามเกณฑ์	วัคซีนที่ได้รับ	วัคซีนที่ยังไม่ได้รับ
	เรียนชั้น	หนังสือ	หยุด ร.ร.	อยู่หอ				

ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม									
ไม่มี	มี				ปัญหาทางจิต	ปัญหาทางจิต	ปัญหาทางจิต	ปัญหาทางจิต	ปัญหาทางจิต
	จัดระเบียบผู้ปกครอง	พ่อแม่ผู้ปกครอง	อยู่บ้านคนเดียว	ทางเพศ	ความรุนแรง	ติดยา	เพื่อนผิด	เพื่อนผิด	เพื่อนผิด

ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม					
ไม่มี	มี				
	ดื่มเหล้า	ดื่มยา	เพื่อนกลางคืน	แต่งตัว	ตั้งความในวัยเรียน

การได้รับวัคซีน					
ไม่มี	ครบ	ไม่ครบ	วัคซีนที่ได้รับ		วัคซีนที่ยังไม่ได้รับ
			จาก ค.เขต.	ที่อื่น	

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

หน้า 2 : F6 (MCH)

ตรวจประเมินเรื่องด้าน				ตรวจประเมินเรื่องด้านผล		
ตรวจด้วยตนเอง	ตรวจด้วยตนเองในกรมทุก 1 ปี	นานกว่าครึ่ง	ไม่เคย	ปีละครั้ง	นานกว่าครึ่ง	ไม่เคย

มีอาการขาดฮอร์โมน		ตรวจสุขภาพประจำปี	
มี	ไม่มี	ตรวจ	ไม่ตรวจ

ตรวจสุขภาพประจำปี		ตรวจประเมินเรื่องด้าน			ตรวจประเมินเรื่องด้านผล		
ตรวจ	ไม่ตรวจ	ตรวจด้วยตนเอง	นานกว่าครึ่ง	ไม่เคย	ปีละครั้ง	นานกว่าครึ่ง	ไม่เคย

มีอาการขาดฮอร์โมน		ตรวจสุขภาพประจำปี	
มี	ไม่มี	ตรวจ	ไม่ตรวจ

การประเมินตนเอง			ประเภทความพิการ						ความต้องการช่วยเหลือ	
จดทะเบียน	ไม่จดทะเบียน	ไม่ประสงค์	มองเห็น	ได้ยิน	กาย	จิต	สติปัญญา	การเรียนรู้	ไม่	ต้องการ(ระบุ)

กลุ่มที่ 1 : ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป			
ตรวจสุขภาพ		ปัสสาวะโดยใช้วิธีใด	
ตรวจ	ไม่ตรวจ	ได้รับ	ไม่ได้รับ

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

หน้า 1 : 1 /

แบบฟอร์มกลุ่ม 1 หญิงตั้งครรภ์

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
เลขที่บัตรประชาชน :	วันที่เยี่ยม :
เวลา :	ผู้เยี่ยม :
ครรภ์ที่ :	วันที่กำหนดคลอด :
การฝากครรภ์ : ☐ ไม่ฝาก ☐ ฝาก(ระบุสถานพยาบาล) :	
การใช้ยา,ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร : ☐ ไม่ตามคำสั่งแพทย์(แพทย์ทราบข้อมูลการตั้งครรภ์) ☐ ไม่ตามคำสั่งแพทย์(แพทย์ไม่ทราบข้อมูลการตั้งครรภ์) ☐ ไม่เอง	
รายการยาที่ใช้ :	

แบบฟอร์มกลุ่ม 2 หญิงหลังคลอด

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
เลขที่บัตรประชาชน :	วันที่เยี่ยม :
เวลา :	ผู้เยี่ยม :
ครรภ์ที่ : ความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ ☐ Toxemia of Pregnancy ☐ DM ☐ อื่นๆ ระบุ	
วันที่คลอด :	วิธีการคลอด : ☐ 1.ปกติ ☐ 2.ผ่าตัดคลอด ☐ 3.ไม่เครื่องมือทางการแพทย์ ☐ 4.ไม่ทราบ
ประวัติและการเจ็บป่วย/ปัจจัยเสี่ยง	
☐ โรคประจำตัว ระบุ ☐ โรคทางพันธุกรรม ระบุ ☐ มีการติดเชื้อที่แผลฝีเป็น/ผ่าตัด ☐ หลังคลอด 1 สัปดาห์ น้ำคว่ำปวยเป็นสีแดงสด ☐ ไบรสุรเสพติด ☐ บุหรี่ ☐ สุรา ☐ อื่นๆ ระบุ	
ตรวจร่างกาย	
อุณหภูมิ :	องศาเซลเซียส
น้ำหนัก :	ครั้ง/นาฬิกา
ความดันโลหิต :	มิลลิเมตรปรอท
น้ำหนัก :	กิโลกรัม
ตรวจเต้านม : ☐ หัวนมสั้นมอด บอดนม ☐ หัวนมแตก ☐ หัวนมคัดตึง ☐ เต้านมคัดมาก, อักเสบ	
ตรวจมดลูก : ☐ คลำไม่พบ ☐ ระดับมดลูก (ระบุ)	
ความรู้ในการดูแลตนเองหลังคลอด	
ระยะเวลาการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม : ☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
การบริหารร่างกายหลังคลอด : ☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
การคุมกำเนิด : ☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
การตรวจหลังคลอด : ☐ รู้ ☐ ไม่รู้	
ปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือทางครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม : ☐ ไม่มี ☐ มี(ระบุ)	
☐ ติดตามประเมินผล(การเยี่ยมครั้งที่ 2) ระบุวันที่ :	
ตรวจหลังคลอด : ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ ☐ อื่นๆ(ระบุ)	
การคุมกำเนิด : ☐ ไม่คุม ☐ คุมกำเนิด(ระบุ) :	
☐ 1.ยาเม็ดคุมกำเนิด ☐ 2.ยาฉีดคุมกำเนิด ☐ 3.ยาฝังคุมกำเนิด ☐ 4.ห่วงอนามัย ☐ 5.ถุงยางอนามัย ☐ 6.แทมبونหญิง ☐ 7.แทมبونชาย ☐ 8.คุมธรรมชาติ ☐ 9.นับวันปลอดภัย	
ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ระบุรายละเอียด : 1. 2. 3. 4. 5.	

หน้า ๔ : ๕ /

แบบฟอร์มกลุ่ม 3 เด็กแรกเกิด – 6 สัปดาห์

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
ประวัติมารดา : อายุ.....ปี	ประวัติบิดา : อายุ.....ปี
ชื่อ-สกุลมารดา :	ชื่อ-สกุลบิดา :
โรคประจำตัว :	โรคประจำตัว :
ยาที่ใช้ประจำวัน :	ยาที่ใช้ประจำวัน :
ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด	
วิธีคลอด : ☐ 1.ปกติ ☐ 2.ผ่าคลอด ☐ 3.ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ☐ 4.ไม่ทราบ	
อายุครรภ์ : ☐ 1.ก่อนกำหนด(<37 สัปดาห์) ☐ 2.ครบกำหนด(37-42 สัปดาห์) ☐ 3.เกินกำหนด(>42 สัปดาห์)	
วันที่คลอด : คะแนน Apgar : น้ำหนักแรกเกิด : กรัม ความยาว : ซม. เส้นรอบศีรษะ : ซม.	
ผลเลือด ไทรอยด์ : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ทราบ PKU : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่ทราบ	
ภาวะแทรกซ้อน(ถ้ามี) : ☐ เหลือง การรักษ : ☐ การส่องไฟ ☐ เปลี่ยนถ่ายเลือด ☐ การติดเชื้อ ☐ เยื่อ ☐ โรคหัวใจ ☐ การหายใจ ☐ อื่นๆ.....	
การตรวจโสต(OAE) : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ☐ ไม่เคยตรวจ ประวัติโภชนาการ : ☐ นมแม่วันละ.....มื้อ ☐ นมผงวันละ.....มื้อ ครั้งละ.....ออนซ์ ☐ อาหารอื่นๆ (ยังไม่ควรได้) ระบุ..... การขับถ่าย : อุจจาระสี..... จำนวน.....ครั้ง/วัน ปัสสาวะสี..... จำนวน.....ครั้ง/วัน ประวัติวัคซีน : ☐ BCG ☐ HBV 1 ☐ HBV 2 (อายุ 1-2 เดือน)	
พัฒนาการที่ควรทำได้	
แรกเกิด - 4 สัปดาห์	การทรงตัวและเคลื่อนไหวร่างกาย > งอแขนขา และเคลื่อนไหวเท่ากัน 2 ข้างในท่านอนคว่ำ ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้ การใช้ตา และมือ > มองเหม่อ เห็นชัดเฉพาะระยะ 8-9 นิ้ว ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้ การสื่อความหมายและภาษา > ร้องไห้ หดหู่เสียงเสียง ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้ สังคม > มองหน้าช่วงสั้น เลียนแบบ ย้ำปาก แล้วยื่นได้ ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้
4-6 สัปดาห์	การทรงตัวและเคลื่อนไหวร่างกาย > ขยับคอ ผงกศีรษะหันหน้าซ้ายขวา ขาเริ่มเหยียดในท่านอนคว่ำ ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้ การใช้ตา และมือ > กำมือแน่น จ้องมองสิ่งต่างๆ มองตามไม่เกินเส้นกึ่งกลาง ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้ การสื่อความหมายและภาษา > ทำเสียงในคอ ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้ สังคม > มองจ้องหน้า ☐ ทำได้ ☐ ทำไม่ได้
การตรวจร่างกาย	
อุณหภูมิ : องศาเซลเซียส หายใจ : ครั้ง/นาที น้ำหนัก : กรัม ความยาว : ซม. เส้นรอบศีรษะ : ซม.	
เส้นรอบอก : ซม. ขนาดกระหม่อมหน้า : ซม. ขนาดกระหม่อมหลัง : ซม.	
ลักษณะทั่วไป	
สีผิว : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	ลักษณะอวัยวะเพศ
การคืนตัว : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	ลักษณะอวัยวะเพศชาย : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :
รูปร่างศีรษะและใบหน้า : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	ลักษณะอวัยวะเพศหญิง : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :
ผิวหนัง : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	
ศีรษะใบหน้า หู คอ และจมูก	
ร่องรอยที่เกิดจากการคลอดลักษณะทั่วไปของตา : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	
หู : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ : กระดูกสันหลังและทวารหนัก จมูก : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ : รูเปิดผิดปกติที่หลัง : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ : ปาก และภายในช่องปาก : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ : ทวารหนัก : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ : คอ(ลักษณะภายนอก) : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	
ระบบไหลเวียนเลือด และทางเดินหายใจ	
รูปทรงอก : ☐ ปกติ	ท่านอน : ☐ ปกติ
☐ ผิดปกติ ระบุ :	☐ ผิดปกติ ระบุ :
การหายใจ และเสียงหายใจ : ☐ ปกติ	การเคลื่อนไหวเมื่อถูกกระตุ้น : ☐ ปกติ
☐ ผิดปกติ ระบุ :	☐ ผิดปกติ ระบุ :
☐ อื่นๆ :	
แขน ขา	
ลักษณะทั่วไป/จำนวน มือ เท้า เล็บ : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	
ข้อ	
ลักษณะ รูปร่าง : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	
สายสะดือ : ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ :	

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

หน้า 4 : ๕ /

แบบฟอร์มกลุ่ม 5 รับก่อนเรียน(อายุ > 1-5 ปี)

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
เลขที่บัตรประชาชน :	วันที่เยี่ยม :/...../..... เวลา : ผู้เยี่ยม :
ภาวะโภชนาการ : ☐ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ☐ น้ำหนักค่อนข้างน้อย ☐ น้ำหนักตามเกณฑ์ ☐ น้ำหนักค่อนข้างมาก ☐ น้ำหนักมากเกินเกณฑ์	
พัฒนาการ : ☐ ตามเกณฑ์ ☐ ผิดปกติ ระบุ ☐ 1.ด้านการใช้ภาษา/การได้ยิน ☐ 3.กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ☐ 2.กล้ามเนื้อมัดเล็ก ☐ 4.ด้านสังคม	
ได้รับวัคซีน : ☐ ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ครบ	
วัคซีนตามช่วงอายุ กรณีที่ได้รับจากที่อื่น(ที่ไม่ใช่จากศูนย์บริการสาธารณสุขของท่าน)	
☐ โปสโ (OPV4)	วันที่ได้รับ
☐ โปสโ (OPV5)	วันที่ได้รับ
☐ คอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ (DTP4)	วันที่ได้รับ
☐ คอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ (DTP5)	วันที่ได้รับ
☐ ไขสมองอักเสบ (เจอี)(JE1)	วันที่ได้รับ
☐ ไขสมองอักเสบ (เจอี)(JE2)	วันที่ได้รับ
☐ ไขสมองอักเสบ (เจอี)(JE3)	วันที่ได้รับ
☐ วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ (IPD4)	วันที่ได้รับ

แบบฟอร์มกลุ่ม 6 รับเรียน(อายุ 6-10 ปี)

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
เลขที่บัตรประชาชน :	วันที่เยี่ยม :/...../..... เวลา : ผู้เยี่ยม :
ปัญหาการเรียน : ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ เรียนช้าขึ้น ☐ หดเรียน ☐ หยุดโรงเรียน ☐ อ่อนแอกระหมวโรงเรียน	
ได้รับวัคซีน : ☐ ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ครบ	
วัคซีนตามช่วงอายุ กรณีที่ได้รับจากที่อื่น(ที่ไม่ใช่จากศูนย์บริการสาธารณสุขของท่าน)	
☐ หัด หรือหัด คางทูม หัดเยอรมัน (เด็กเล็ก) (MMR2)	วันที่ได้รับ

แบบฟอร์มกลุ่ม 7 รับรับ(อายุ 11-20 ปี)

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
เลขที่บัตรประชาชน :	วันที่เยี่ยม :/...../..... เวลา : ผู้เยี่ยม :
ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ☐ กลุ่มที่ 1 ปัญหาครอบครัว ☐ ขัดแย้งกับผู้ปกครอง ☐ บิดามารดา หย่าร้าง ☐ อาศัยอยู่กับพ่อ/แม่/ผู้ปกครองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ☐ กลุ่มที่ 2 ปัญหาถูกละเมิดทางเพศ/ความรุนแรง ☐ ถูกละเมิดทางเพศ ☐ ถูกกระทำความรุนแรงต่อเด็ก ☐ กลุ่มที่ 3 ปัญหายาเสพติด ☐ คีตสารเสพติด ☐ เหล้าคิตยาเสพติด ☐ สุนัขเหว ☐ ดื่มสุรา ☐ กลุ่มที่ 4 ปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม ☐ ติดเพื่อน ☐ ติดเกมส์ ☐ เที่ยวกลางคืน ☐ แซงรถมอเตอร์ไซด์ ☐ ดึงครรภ์ในวัยรุ่น ☐ เป็นพ่อแม่ในวัยรุ่น ☐ กลุ่มที่ 5 ปัญหาด้านการเรียน ☐ เรียนช้าขึ้น ☐ หดเรียน ☐ หยุดโรงเรียน ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ กลุ่มที่ 6 ปัญหาด้านกฎหมาย ☐ เด็กอยู่ในกระบวนการยุติธรรม	
ได้รับวัคซีน : ☐ ครบตามเกณฑ์ ☐ ไม่ครบ	
วัคซีนตามช่วงอายุ กรณีที่ได้รับจากที่อื่น(ที่ไม่ใช่จากศูนย์บริการสาธารณสุขของท่าน)	
☐ วัคซีนรวมคอตีบ	วันที่ได้รับ

หน้า ๕ /

แบบฟอร์มกลุ่ม 8 วัยทำงาน(อายุ 21-40 ปี)

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
วันที่เยี่ยม :	เวลา :
ผู้เยี่ยม :	
ตรวจสุขภาพประจำปี : ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ การตรวจมะเร็งเต้านม(เฉพาะสตรี) : ☐ ตรวจด้วยตัวเอง ทุก 1 - 2 เดือน ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคย การตรวจมะเร็งปากมดลูก(เฉพาะสตรี) : ☐ ปีละครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคย	

แบบฟอร์มกลุ่ม 9 หญิง(อายุ 41-59 ปี)

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
วันที่เยี่ยม :	เวลา :
ผู้เยี่ยม :	
การตรวจมะเร็งเต้านม : ☐ ตรวจด้วยตัวเอง ทุก 1 - 2 เดือน ☐ ตรวจด้วยแมมโมแกรมทุก 1 ปี ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคย การตรวจมะเร็งปากมดลูก : ☐ ปีละครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคย มีอาการขาดฮอร์โมน : ☐ มี ☐ ไม่มี ตรวจสุขภาพประจำปี : ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ	

แบบฟอร์มกลุ่ม 10 ชาย(อายุ 41-59 ปี)

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
วันที่เยี่ยม :	เวลา :
ผู้เยี่ยม :	
มีอาการขาดฮอร์โมน : ☐ มี ☐ ไม่มี ตรวจสุขภาพประจำปี : ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ	

แบบฟอร์มกลุ่ม 11 ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
วันที่เยี่ยม :	เวลา :
ผู้เยี่ยม :	
การได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี : ☐ ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ ตรวจสุขภาพประจำปี : ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ	

แบบฟอร์มกลุ่ม 12 คนพิการ

ชื่อหน่วยบริการ :	
รหัสบุคคล :	รหัสครอบครัว(Family ID) :
คำนำหน้า :	ชื่อ-สกุล :
วันที่เยี่ยม :	เวลา :
ผู้เยี่ยม :	
การขึ้นทะเบียนคนพิการ : ☐ 1.จดทะเบียนแล้ว ☐ 2.ไม่ได้จดทะเบียน ☐ 3.ไม่ประสงค์จดทะเบียน ระบุความพิการ : ☐ 1.พิการทางการมองเห็น ☐ 2.พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ☐ 3.พิการทางกายหรือเคลื่อนไหว ☐ 4.พิการทางจิตหรือพฤติกรรม ☐ 5.พิการทางสติปัญญา ☐ 6.พิการทางการเรียนรู้ ☐ กรณีพิการซ้ำซ้อน(กรณีระบุ) : ☐ 1.พิการทางการมองเห็น ☐ 2.พิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ☐ 3.พิการทางกายหรือเคลื่อนไหว ☐ 4.พิการทางจิตหรือพฤติกรรม ☐ 5.พิการทางสติปัญญา ☐ 6.พิการทางการเรียนรู้ ความต้องการอุปกรณ์/การดูแล/ความช่วยเหลือ : ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ ระบุ :	

F10

NCM 11

แบบประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care)

ชื่อ-สกุล..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี

โรค.....

ชื่อหน่วยบริการ.....

รหัสครอบครัว (Family ID) :

No.แฟ้ม HHC

เลขประจำตัวประชาชน..... สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า/แยก ☐ สมณะ ☐ ไม่ทราบสิทธิการรักษา ☐ ข้าราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ หลักประกันสุขภาพ ☐ อื่นๆ.....

บ้านเลขที่ : ชื่อที่อยู่..... ชื่อชุมชน..... หมู่..... ซอย..... แยก.....

ถนน..... แขวง..... เขต..... จังหวัด.....

ชื่อผู้ดูแล..... โทร..... ความสัมพันธ์ ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร ☐ ชวนิต ☐ รับจ้าง ☐ อื่นๆ ระบุ.....ช่องทางที่พบ ☐ พบเอง ☐ จากการส่งต่อ ระบบส่งต่อรับจาก ☐ ภายใน ☐ ภายนอก (ระบุ)..... ส่งต่อ ☐ ภายใน ☐ ภายนอก (ระบุ).....

การประเมินผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (HHC) 6 กลุ่มโรค

- ☐ 1. กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ☐ 4. กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความพิการอย่างรุนแรง
☐ 2. กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ☐ 5. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย
☐ 3. กลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย ☐ 6. กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ

การประเมินผู้สูงอายุ* ☐ กลุ่มคิดสังคม (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) ☐ กลุ่มคิดบ้าน (ADL 5-11 คะแนน) ☐ กลุ่มคิดเตียง (ADL 0-4 คะแนน)

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....
ลักษณะทั่วไป			
1. ด้านร่างกาย	T.....°C, P.....bpm, R.....bpm, BP.....mmHg, BMI.....kg/m ² BW..... kg, HT.....cm, รอบเอว.....ซม. รอบสะโพก.....ซม. DTX.....mg %	T.....°C, P.....bpm, R.....bpm, BP.....mmHg, BMI.....kg/m ² BW..... kg, HT.....cm, รอบเอว.....ซม. รอบสะโพก.....ซม. DTX.....mg %	T.....°C, P.....bpm, R.....bpm, BP.....mmHg, BMI.....kg/m ² BW..... kg, HT.....cm, รอบเอว.....ซม. รอบสะโพก.....ซม. DTX.....mg %
2. อาการ/อาการแสดง			
ความคิดปกติที่พบ	☐ หอนเหนื่อย ☐ ไอแห้งๆ ☐ ไอมีเสมหะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....	☐ หอนเหนื่อย ☐ ไอแห้งๆ ☐ ไอมีเสมหะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....	☐ หอนเหนื่อย ☐ ไอแห้งๆ ☐ ไอมีเสมหะ ☐ อื่นๆ ระบุ.....
ความพิการ	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
อาหารอ่อนแรง/ฯ	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
แผล/แผลกดทับ	☐ ไม่มี ☐ มี ตำแหน่ง/ลักษณะ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ตำแหน่ง/ลักษณะ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ตำแหน่ง/ลักษณะ.....
อาการปวด	☐ ไม่มี ☐ มี ตำแหน่ง/ลักษณะ..... Pain score (เต็ม 10 คะแนน) = ☐ ต้องใช้ยา(ชื่อยา).....	☐ ไม่มี ☐ มี ตำแหน่ง/ลักษณะ..... Pain score (เต็ม 10 คะแนน) = ☐ ต้องใช้ยา(ชื่อยา).....	☐ ไม่มี ☐ มี ตำแหน่ง/ลักษณะ..... Pain score (เต็ม 10 คะแนน) = ☐ ต้องใช้ยา(ชื่อยา).....
อาการบวม	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ตำแหน่ง / ระยะเวลา..... Pitting edema grade.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ตำแหน่ง / ระยะเวลา..... Pitting edema grade.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ตำแหน่ง / ระยะเวลา..... Pitting edema grade.....
คืน/ คืน	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
3. การตรวจตาประจำปี	☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุปี..... ☐ ผลปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุปี..... ☐ ผลปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ไม่ตรวจ ☐ ตรวจ ระบุปี..... ☐ ผลปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

FIU		NCM 11	
หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....
4. อาการโรคแทรกซ้อน	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... โรค.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... โรค.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ..... โรค.....
5. การรับประทานอาหาร	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....	☐ เหมาะสม ☐ ไม่เหมาะสม ระบุ.....
6. สภาพทันตสุขภาพ	☐ ปกติ ☐ ต้องการคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ☐ ส่งต่อเพื่อรักษาสุขภาพช่องปาก ☐ นัดทันตกรรมบุคลากรตรวจเยี่ยม	☐ ปกติ ☐ ต้องการคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ☐ ส่งต่อเพื่อรักษาสุขภาพช่องปาก ☐ นัดทันตกรรมบุคลากรตรวจเยี่ยม	☐ ปกติ ☐ ต้องการคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก ☐ ส่งต่อเพื่อรักษาสุขภาพช่องปาก ☐ นัดทันตกรรมบุคลากรตรวจเยี่ยม
7. การขับถ่าย	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ ผิดปกติ ระบุ.....
8. ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรม	☐ ภาวะอ้วน ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ ไม่ออกกำลังกาย ☐ สูบบุหรี่ ☐ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ความเครียด ☐ อื่นๆ.....	☐ ภาวะอ้วน ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ ไม่ออกกำลังกาย ☐ สูบบุหรี่ ☐ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ความเครียด ☐ อื่นๆ.....	☐ ภาวะอ้วน ☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ ไม่ออกกำลังกาย ☐ สูบบุหรี่ ☐ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ☐ ความเครียด ☐ อื่นๆ.....
9. การใช้ยา วิตามิน/อาหาร เสริม/สมุนไพร	 ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ระบุ..... ☐ ไม่แพ้ยา ☐ แพ้ยา ระบุ.....	 ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ระบุ..... ☐ ไม่แพ้ยา ☐ แพ้ยา ระบุ.....	 ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ระบุ..... ☐ ไม่แพ้ยา ☐ แพ้ยา ระบุ.....
ปัญหาการใช้ยาที่ ควรปรึกษา เภสัชกร	☐ ผู้ป่วยเรื่องที่มีปัญหาในการใช้ยา ☐ ผู้ป่วยเรื่องที่มีการใช้ยาหลายชนิด ☐ ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ ☐ ผู้ป่วยที่ใช้ยา HAD ☐ ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ☐ ผู้ป่วยที่ให้อาหารสายอาหาร ☐ อื่นๆ.....	☐ ผู้ป่วยเรื่องที่มีปัญหาในการใช้ยา ☐ ผู้ป่วยเรื่องที่มีการใช้ยาหลายชนิด ☐ ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ ☐ ผู้ป่วยที่ใช้ยา HAD ☐ ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ☐ ผู้ป่วยที่ให้อาหารสายอาหาร ☐ อื่นๆ.....	☐ ผู้ป่วยเรื่องที่มีปัญหาในการใช้ยา ☐ ผู้ป่วยเรื่องที่มีการใช้ยาหลายชนิด ☐ ผู้ป่วยที่ใช้ยาเทคนิคพิเศษ ☐ ผู้ป่วยที่ใช้ยา HAD ☐ ผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ☐ ผู้ป่วยที่ให้อาหารสายอาหาร ☐ อื่นๆ.....
10. ผล ๒๖ คำๆ	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
11. อุปสรรค ทางการแพทย์	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
12. สภาพอารมณ์/ จิตใจ	☐ ปกติ ☐ เปลี่ยนแปลง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ เปลี่ยนแปลง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ ปกติ ☐ เปลี่ยนแปลง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
13. สภาพปัญหา ทางสังคม	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
14. สภาพปัญหา ทางเศรษฐกิจ	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
15. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care)	☐ 1. ดูแลตัวเองได้ดี ☐ 2. ดูแลตนเองได้บางส่วน ☐ 3. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล Barthel ADL index =	☐ 1. ดูแลตัวเองได้ดี ☐ 2. ดูแลตนเองได้บางส่วน ☐ 3. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล Barthel ADL index =	☐ 1. ดูแลตัวเองได้ดี ☐ 2. ดูแลตนเองได้บางส่วน ☐ 3. ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ดูแล Barthel ADL index =

F1U

NCM 11

หัวข้อประเมิน	ครั้งที่ 1 วันที่	ครั้งที่ 2 วันที่	ครั้งที่ 3 วันที่
16. การพบแพทย์ตามนัด	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....
17. กิจกรรมการพยาบาล	☐ วัดสัญญาณชีพ ☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI ☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก ☐ คัดกรองภาวะสุขภาพ ☐ คัดกรองทางจิตเวช ☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก ☐ เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ ☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DXT) ☐ ดูแลรักษานาฬิกาช่องปาก ☐ เช็ดตัวลดไข้ ☐ ทำแผล ☐ ให้ยาตามแผนการรักษา ☐ ให้การรักษาเบื้องต้น..... ☐ ให้ภูมิคุ้มกันโรค ☐ ฉีดยา ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ☐ สอน สาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ ให้คำแนะนำปรึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพ เรื่อง..... ☐ ติดตามไปรับบริการ ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ ☐ ภาพถ่ายบำบัด ☐ ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ.....	☐ วัดสัญญาณชีพ ☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI ☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก ☐ คัดกรองภาวะสุขภาพ ☐ คัดกรองทางจิตเวช ☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก ☐ เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ ☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DXT) ☐ ดูแลรักษานาฬิกาช่องปาก ☐ เช็ดตัวลดไข้ ☐ ทำแผล ☐ ให้ยาตามแผนการรักษา ☐ ให้การรักษาเบื้องต้น..... ☐ ให้ภูมิคุ้มกันโรค ☐ ฉีดยา ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ☐ สอน สาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ ให้คำแนะนำปรึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพ เรื่อง..... ☐ ติดตามไปรับบริการ ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ ☐ ภาพถ่ายบำบัด ☐ ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ.....	☐ วัดสัญญาณชีพ ☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI ☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก ☐ คัดกรองภาวะสุขภาพ ☐ คัดกรองทางจิตเวช ☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก ☐ เก็บวัสดุตัวอย่างส่งตรวจ ☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DXT) ☐ ดูแลรักษานาฬิกาช่องปาก ☐ เช็ดตัวลดไข้ ☐ ทำแผล ☐ ให้ยาตามแผนการรักษา ☐ ให้การรักษาเบื้องต้น..... ☐ ให้ภูมิคุ้มกันโรค ☐ ฉีดยา ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ☐ สอน สาธิต การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ ให้คำแนะนำปรึกษาความรู้ทางด้านสุขภาพ เรื่อง..... ☐ ติดตามไปรับบริการ ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ ☐ ภาพถ่ายบำบัด ☐ ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ ระบุ.....
18. ผลการพยาบาล :	☐ คงเดิม ☐ หด ☐ หายจากโรค (รหัส ICD 10) ☐ หดลง ☐ มีภาวะแทรกซ้อน (รหัส ICD10) ☐ ยกเลิก ICD 10 เดิม. ☐ เสียชีวิตเมื่อวันที่.....	☐ คงเดิม ☐ หด ☐ หายจากโรค (รหัส ICD 10) ☐ หดลง ☐ มีภาวะแทรกซ้อน (รหัส ICD10) ☐ ยกเลิก ICD 10 เดิม. ☐ เสียชีวิตเมื่อวันที่.....	☐ คงเดิม ☐ หด ☐ หายจากโรค (รหัส ICD 10) ☐ หดลง ☐ มีภาวะแทรกซ้อน (รหัส ICD10) ☐ ยกเลิก ICD 10 เดิม. ☐ เสียชีวิตเมื่อวันที่.....
19. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ที่บ้าน	☐ น้อยที่สุด ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด	☐ น้อยที่สุด ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด	☐ น้อยที่สุด ☐ น้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด
20. ผู้ประเมิน/ตำแหน่ง			

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

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 ☐นักสังคม
☐ อสส. ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 นัดครั้งต่อไป ☐ ไม่นัด ☐ นัด ๖/๓/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 ☐นักสังคม
☐ อสส. ☐ อื่นๆ ระบุ.....
 นัดครั้งต่อไป ☐ ไม่นัด ☐ นัด ๖/๓/ป.....

กิจกรรมการพยาบาล

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

- | | |
|--|---|
| ☐ วัดสัญญาณชีพ | ☐ ทำแผล |
| ☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI | ☐ ดูแลการใช้ยา |
| ☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก | ☐ ให้คำปรึกษา |
| ☐ คัดกรองสุขภาพ | ☐ ติดตามการไปรักษา |
| ☐ คัดกรองสุขภาพจิต | ☐ ดูแลอุปกรณ์ |
| ☐ ST-๕ ผล..... | การแพทย์ ระบุ..... |
| ☐ ๒Q ผล..... | ☐ NG Tube |
| ☐ ๔Q ผล..... | ☐ Foley Cath |
| ☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก | ☐ TT Tube |
| ☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) | ☐ ระบุ..... |
| ☐ เช็ดตา / หยอดตา | ☐ ระบุ..... |
| ☐ ดูแลช่องปาก | ☐ เช็ดตัวลดไข้ |
| ☐ ภายภาพบำบัด โดย..... | |
| ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ☐ สอน สาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ |
| ☐ ให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ | ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ |
- บันทึกอื่นๆ.....

 (.....)
 ๖/๓/ป ที่บันทึก.....

กิจกรรมการพยาบาล

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

- | | |
|--|---|
| ☐ วัดสัญญาณชีพ | ☐ ทำแผล |
| ☐ ชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง / BMI | ☐ ดูแลการใช้ยา |
| ☐ วัดรอบเอว / รอบสะโพก | ☐ ให้คำปรึกษา |
| ☐ คัดกรองสุขภาพ | ☐ ติดตามการไปรักษา |
| ☐ คัดกรองสุขภาพจิต | ☐ ดูแลอุปกรณ์ |
| ☐ ST-๕ ผล..... | การแพทย์ ระบุ..... |
| ☐ ๒Q ผล..... | ☐ NG Tube |
| ☐ ๔Q ผล..... | ☐ Foley Cath |
| ☐ ประเมินพัฒนาการเด็ก | ☐ TT Tube |
| ☐ เจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) | ☐ ระบุ..... |
| ☐ เช็ดตา / หยอดตา | ☐ ระบุ..... |
| ☐ ดูแลช่องปาก | ☐ เช็ดตัวลดไข้ |
| ☐ ภายภาพบำบัด โดย..... | |
| ☐ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ☐ สอน สาธิตการสร้างเสริมสุขภาพ |
| ☐ ให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพ | ☐ ส่งเสริมสมรรถภาพ |
- บันทึกอื่นๆ.....

 (.....)
 ๖/๓/ป ที่บันทึก.....

แผนที่

ภาคผนวก 4

กำหนดการส่งข้อมูล PP Itemized / Home Health Care / ทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน
ปีงบประมาณ 2560

งวด	วันตัดข้อมูล	วันออก Statement	วันที่โอนเงิน
ตุลาคม 2559	30 พย.59	1 ธค.59	ไม่เกินวันที่ 31 ธค.59
พฤศจิกายน 2559	30 พย.59	1 ธค.59	ไม่เกินวันที่ 31 ธค.59
ธันวาคม 2559	31 ธค.59	1 มค.60	ไม่เกินวันที่ 31 มค.60
มกราคม 2560	31 มค.60	1 กพ.60	ไม่เกินวันที่ 28 กพ.60
กุมภาพันธ์ 2560	28 กพ.60	1 มีค.60	ไม่เกินวันที่ 31 มีค.60
มีนาคม 2560	31 มีค.60	1 เมย.60	ไม่เกินวันที่ 30 เมย.60
เมษายน 2560	30 เมย.60	1 พค.60	ไม่เกินวันที่ 31 พค.60
พฤษภาคม 2560	31 พค.60	1 มิย.60	ไม่เกินวันที่ 30 มิย.60
มิถุนายน 2560	30 มิย.60	1 กค.60	ไม่เกินวันที่ 31 กค.60
กรกฎาคม 2560	31 กค.60	1 สค.60	ไม่เกินวันที่ 31 สค.60
สิงหาคม 2560	31 สค.60	1 กย.60	ไม่เกินวันที่ 30 กย.60
กันยายน 2560	30 กย.60	1 ตค.60	ไม่เกินวันที่ 31 ตค.60

หมายเหตุ : หน่วยบริการ/สถานบริการสามารถส่งข้อมูลการให้บริการของปีงบประมาณ 2560 ได้ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2560

ภาคผนวก 5



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

ที่ ค. ๓๑ / ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นไปด้วยความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ (๑) (ณ) และข้อ ๖ ของคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๒๕๖/๒๕๕๕ เรื่อง การมอบอำนาจให้ผู้ช่วยการ รองผู้ช่วยการ ผู้ช่วยผู้ช่วยการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ปฏิบัติงานแทน ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ผู้ช่วยผู้ช่วยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ที่ ค.๑๔/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

ข้อ ๒ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปรากฏตามรายชื่อคณะทำงานฯ แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๓ ให้คณะทำงานฯ ตามข้อ ๒ มีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๓.๑ กำหนดกลยุทธ์ แผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๒ เสนอหลักเกณฑ์และกำหนดกรอบพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งในและนอกหน่วยบริการ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๓.๓ กำกับและประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓.๔ เป็นที่ปรึกษาให้ความเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนางานและวางแผนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๓.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต พื้นที่กรุงเทพมหานครมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายประจักษ์วิทย์ เล็บมด)

ผู้อำนวยการอาวุโส

รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติงานเฉพาะหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายชื่อคณะกรรมการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
(แนบท้ายคำสั่งฯ ที่ ค. ๓๖ / ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๙)

องค์ประกอบ จำนวน ๒๓ คน

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ที่ปรึกษา
๑. นายวินทร์ ศิรินาค	ประธานคณะกรรมการ
๒. ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	รองประธานคณะกรรมการ
๓. นายกมล ศรีจันทิก โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโรฤทธิศ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๔. นายวงวัฒน์ ลีวลักษณะ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๕. นางสาวอุทัยพร แห่งเชาวนิช มูลนิธิอินหมแม่แห่งประเทศไทย	คณะกรรมการ
๖. นางสาวชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	คณะกรรมการ
๗. นายบุญส่ง ระหว่างบ้าน โรงพยาบาลนครพนมราชธานี	คณะกรรมการ
๘. นายชาติ วชิรศรีสุนทรา โรงพยาบาลกลาง	คณะกรรมการ
๙. นายจิรัตน์ ตั้งฐิตวงศ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๑๐. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๑๑. ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๑๒. ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๑๓. ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการ
๑๔. ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑๕. นายทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑๓ กรมสุขภาพจิต	คณะกรรมการ
๑๖. นายบุญชู อิศราดิศัยกุล นวมินทร์โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	คณะกรรมการ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ๑๗. นายพิษณุกร ธรรมโชติ
โพธิ์สุวรรณคลินิกเวชกรรม สาขาบางเขน | คณะกรรมการ |
| ๑๘. นายกมลรัชฎ์ จงธนากร
สุขพลินคลินิกเวชกรรม | คณะกรรมการ |
| ๑๙. นายชาญ รูปสม
มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค | คณะกรรมการ |
| ๒๐. นายณรินทร์ แฝงประเสริฐ
อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓๐ วัดเจ้าอาวม | คณะกรรมการ |
| ๒๑. รองผู้อำนวยการ หรือผู้ช่วยผู้อำนวยการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร | คณะกรรมการและเลขานุการ |
| ๒๒. หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร | คณะกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๓. หัวหน้างาน หรือเจ้าหน้าที่อาวุโส กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบ
บริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร | คณะกรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

.....



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร
ที่ ค.๓๔/๒๕๕๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยให้บริการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพและการตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยให้บริการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นไปด้วย
ความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ (๑) (๑) และข้อ ๖ ของคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติที่ ๒๔๖/๒๕๕๕ เรื่อง การมอบอำนาจให้ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ปฏิบัติงานแทน ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ผู้อำนวยการสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร จึงออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ที่ ค.๓๐/
๒๕๕๗ ลงวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๗

ข้อ ๒ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยให้บริการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปรากฏตามรายชื่อ
แนบท้ายคำสั่งนี้

ข้อ ๓ ให้คณะกรรมการ ตามข้อ ๒ มีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

๑) จัดทำหลักเกณฑ์และแนวทางการตรวจประเมินหน่วยให้บริการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๒) ตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๓) พิจารณาผลการตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้าน
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) หน่วยให้บริการเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และให้ความเห็นขอ
การเป็นหน่วยให้บริการ

๔) ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๕) พิจารณายกเลิกการเป็นหน่วยให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๖) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่สำนักงานฯ มอบหมาย

ข้อ ๔ เมื่อมีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ แล้ว ให้เลขานุการเรียกประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อให้ที่
ประชุมเลือกคณะกรรมการฯ คนหนึ่งเป็นประธานคณะกรรมการฯ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

(นายศิริ ธีรขจรกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายชื่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและตรวจประเมินมาตรฐานหน่วยให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ด้านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap-smear) เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
(แบบท้ายคำสั่งฯ ที่ ๑๓๕/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๗)

องค์ประกอบ จำนวน ๑๗ คน

(๑) แพทย์หญิงอุบลรัตน์ ทพยิช บริษัท ศูนย์แล็บเทคไทย จำกัด	ประธานคณะกรรมการ
(๒) นายแพทย์ทรงคุณ วิญญูวรรณ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
(๓) นายแพทย์ชัย เพชรสุวรรณ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
(๔) แพทย์หญิงกอบกุล ตั้งสินมั่นคง ข้าราชการบำนาญ	คณะกรรมการ
(๕) แพทย์หญิงสมฤทัย ช่างโชติ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
(๖) รองศาสตราจารย์นิภา กาญจนาวโรจน์กุล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	คณะกรรมการ
(๗) นายสมชัย เจตเสริมอนันต์ กลุ่มงานชันสูตรโรคกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	คณะกรรมการ
(๘) นางสาวสนา นิลตานวงศ์ สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
(๙) นายแพทย์อากาศ พัฒนเรืองไธ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
(๑๐) นายฉัตรชัย อารีเสวต ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
(๑๑) นางสาวน้ำทิพย์ ศณากุล ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะกรรมการ
(๑๒) นายวันรินทร์ เจษฎาภุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
(๑๓) นาวาโทโสภณ ม่วงพิกุลทอง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ	คณะกรรมการ
(๑๔) นายแพทย์ปริญญา ชมวงษ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	คณะกรรมการและเลขานุการ

๒/(๑๕) นาวาโทหญิงจุไรพร...

-๒-

(๑๕) นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรรค์ดี
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

(๑๖) นางพรนาวิ ทิมเกิด
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

(๑๗) นางสุนิษา มากห้วม
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

.....



คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

ที่ ศ.มธ / ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานทันตสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

.....

เพื่อให้การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระดับเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ (๑) (ฉ) และข้อ ๖ ของคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ ๒๔๖/๒๕๕๕ เรื่อง การมอบอำนาจให้ผู้อำนวยความสะดวก รองผู้อำนวยความสะดวก ผู้ช่วยผู้อำนวยความสะดวก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ปฏิบัติงานแทน ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ผู้อำนวยความสะดวกสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร จึงออกคำสั่งไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกคำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ที่ ศ.๔๒/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗

ข้อ ๒ ให้แต่งตั้งคณะทำงานทันตสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามรายชื่อแนบท้ายคำสั่ง

ข้อ ๓ ให้คณะทำงานตามข้อ ๒ มีอำนาจหน้าที่

(๑) กำหนดทิศทางและนโยบายงานด้านทันตสาธารณสุขในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

(๒) พิจารณาแผนงาน/แนวทางการดำเนินการให้บริการทันตสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขที่คุณภาพ

(๓) เป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการและด้านการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุข ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

(๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายประจักษ์วิช เล็บนาค)

รองเลขาธิการ

รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

-๒-

รายชื่อคณะกรรมการทันตสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

(๑) นายสุธา เจียรณนิโชติชัย	ประธาน
(๒) นายอรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	รองประธาน
(๓) ผู้แทนทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	คณะทำงาน
(๔) ผู้แทนสมาคมทันตแพทย์เอกชนแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
(๕) ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
(๖) ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
(๗) ผู้แทนคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	คณะทำงาน
(๘) ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร หรือผู้แทน	คณะทำงาน
(๙) ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หรือผู้แทน	คณะทำงาน
(๑๐) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร หรือผู้แทน	คณะทำงาน
(๑๑) ผู้แทนสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
(๑๒) นางสาวสุคนธ์ บรมธนรัตน์	คณะทำงาน
(๑๓) นาวาอากาศเอกหญิง ปรียกมล ถาวรนนท์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ	คณะทำงาน
(๑๔) นายยงชัย หวังรุ่งทรัพย์ ผู้แทนคลินิกทันตแพทย์เอกชน	คณะทำงาน
(๑๕) ผู้อำนวยการ หรือรองผู้อำนวยการ หรือผู้ช่วยผู้ว่าการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	คณะทำงานและ เลขานุการ
(๑๖) หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) หัวหน้างานหรือเจ้าหน้าที่อาวุโส กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

การใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตาม
งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร (MIS PP)

MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM FOR PROMOTION AND PREVENTION

วัตถุประสงค์

1. กำกับติดตามผลการให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมาย (จากโปรแกรม BPPDS)
2. หน่วยบริการ/สถานพยาบาล นำผลเพื่อวิเคราะห์เพื่อการวางแผนและพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้งาน

- หน่วยบริการ / สถานพยาบาล
- สำนักอนามัย
- ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่สสจ.กทม.

ขอบเขตของระบบ

1. ระบบสามารถแสดงจำนวน และร้อยละข้อมูลการให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (BPPDS) ของหน่วยบริการ ตามเงื่อนไขในรูปแบบแผนภูมิ Pie Diagram และ Bar Chart
2. ระบบสามารถค้นหาข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนด เช่น
 - ปีงบประมาณ
 - ไตรมาส
 - อายุผู้รับบริการ
 - เดือนที่รับบริการ
 - เดือนที่บันทึกข้อมูล
 - อื่นๆ เช่น การขอเบิกและไม่ขอเบิก

แนะนำการวิธีการเข้าใช้งานระบบผ่านเว็บไซต์

การใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อกำกับติดตามงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ทำการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตหลังจากนั้นให้ทำการเปิดเบราว์เซอร์ (แนะนำให้ใช้ Mozilla Firefox, Google Chrome) เข้าไปที่ <http://bkkmis.nhso.go.th/mispp/> หรือ <http://bkk.nhso.go.th/> -> สำหรับหน่วยบริการ -> ระบบรายงานต่าง ๆ -> ระบบ MIS CENTER จะปรากฏหน้าจอระบบรายงานต่าง ๆ -> ระบบ MIS CENTER จะปรากฏหน้าจอ

การเข้าระบบ

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

หมายเหตุ

1. ใช้ Username Password เดียวกันกับที่ใช้กับระบบ BPPDS
- 2.สามารถ Download คู่มือการใช้งานได้ที่ Programs MIS PP

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

วันที่ 1 ตุลาคม 2559

ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

1. เจเนอรัลเซอร์วิส

- **งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ**
 คุณศรัณย์พร บรรทัดสกุล โทรศัพท์ 02-142-0933
 คุณพรนาวิ ทิมเกิด โทรศัพท์ 02-142-1012
- **งานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สนับสนุนการบริการแบบคงที่**
งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และงานให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
 คุณศรัณย์พร บรรทัดสกุล โทรศัพท์ 02-142-0933
- **งานทันตกรรมส่งเสริมและป้องกัน และงานอนามัยโรงเรียน**
 คุณเกรียงศักดิ์ เหลืองอร่าม โทรศัพท์ 02-142-0971
 นาวาโทหญิงจุไรพร นรินทร์สรศักดิ์ โทรศัพท์ 02-142-0931
- **งานสนับสนุนและเบิกจ่ายวัคซีน**
 ญ.จิราทิพย์ ตั้งสิริวรกานต์ โทรศัพท์ 02-142-0956
 คุณพรนาวิ ทิมเกิด โทรศัพท์ 02-142-1012
- **งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนอกหน่วยบริการ (P&P นอก)**
 คุณสุนิษา มากท้วม โทรศัพท์ 02-142-0935
 คุณประกายดาว หมั่นดี โทรศัพท์ 02-142-0967
- **ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลสุขภาพที่บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ โปรแกรม HHC refer และการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลสุขภาพนอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร**
 คุณสุนิษา มากท้วม โทรศัพท์ 02-142-0935

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 ประกิตชัยวัฒนา โทรศัพท์ 02-142-0970 , 02-142-1024

คุณสถาปัตย์ เสี่ยงหวาน โทรศัพท์ 02-142-0991

- การขอ Username / Password เพื่อเข้าใช้งานโปรแกรมต่างๆ

คุณสุนทร แสนยุติธรรม โทรศัพท์ 02-142-1020

คุณพรเทพ มุลานนท์ โทรศัพท์ 02-142-1021

4. สอบถามงานกฎหมาย (การทำธุรกรรมสัญญา)

คุณอาทร เกสร โทรศัพท์ 02-142-0976

คุณสมเด็จ สุขเฉลิม โทรศัพท์ 02-142-0976

ที่อยู่ในการส่งเอกสาร

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ (งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

120 ม. 3 อาคารบี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ)

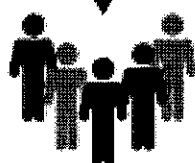
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ฯ ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง

เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

10210

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

สิทธิหลักประกันสุขภาพ
เป็นสิทธิพื้นฐาน
ตามกฎหมายของคนไทย



<https://bkknhs.go.th>



พิมพ์คำว่า “สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร”
www.facebook.com/BKKNHSO



พิมพ์คำว่า “BKKNHSO”

แนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2560
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
ข้อมูล วันที่ 1 ตุลาคม 2559

สายด่วน สปสช.



บริการข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
120 หมู่ 3 อาคารบี โซนทีเอสดี ชั้น 5 (ฝั่งลานจอดรถ) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ
ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โทร 0-2142-1000 โทรสาร 0-2143-8772-3