



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โชนทิสใต้ (อาคารจอดรถ) “ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ที่ สปสช. 42 / ๑.0447

25 กันยายน 2555

เรื่อง ขอแจ้งการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กรณีการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยบริการและผู้ประกอบกิจการคลินิกชุมชนอบอุ่น ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในกรุงเทพมหานครทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 1 ชุด

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 เป็นต้นไป นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานและการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ กรณีการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและสอดคล้องตามประกาศฯ ดังกล่าว **หน่วยบริการสามารถส่งหนังสือแจ้งความประสงค์เข้าร่วมจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง พร้อมแจ้งรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบ**ได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร **ภายในวันที่ 30 กันยายน 2555** เพื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พิจารณาและดำเนินการตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง และแจ้งผลการตรวจประเมินความพร้อมฯ ให้หน่วยบริการทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาแจ้งความประสงค์เข้าร่วมจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายรัฐพล เดเรียนวิชานนท์)
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มงานบริหารกองทุน

โทร. 02-1420952 โทรสาร. 02-1438772-3

ผู้รับผิดชอบ นางปานใจ ดันติภูษานนท์



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและ
อุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๕

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการจ่ายค่าใช้จ่าย
เพื่อบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๕ เมื่อวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๕ และข้อ ๓๘.๑ ของเอกสารแนบท้าย
ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๕๕ เลขาธิการสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์
และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน ตามระบบหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ลงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๓

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและ
อุปกรณ์เครื่องช่วยฟังสำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นไป
ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๓ ประกาศนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕

(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าใช้จ่ายเพื่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและ
อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕
ลงวันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๕๕

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยินที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมตามมาตรฐานที่กำหนด และเพื่อการพิจารณาสันับสนุนค่าใช้จ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้กับหน่วยบริการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความคุ้มค่าต่อระบบ จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานการใส่เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการที่สูญเสียการได้ยิน ดังนี้

๑. คุณสมบัติของหน่วยบริการ

เป็นหน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง ดังนี้

๑.๑ ความพร้อมด้านบุคลากร

๑.๑.๑ มีโสต คอ นาสิกแพทย์ประจำหน่วยบริการ เพื่อประเมินระดับการสูญเสียการได้ยินตามเกณฑ์ และพิจารณาใส่เครื่องช่วยฟัง

๑.๑.๒ มีโสต คอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์สื่อความหมายประจำหน่วยบริการ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต คอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (หากไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำหน่วยบริการ หน่วยบริการต้องระบุสังกัดให้ทราบ) เป็นผู้เลือกและประเมินเครื่องช่วยฟังประจำหน่วยบริการ

๑.๒ ความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือและสถานที่

๑.๒.๑ มีการทำ Otoscopy เพื่อแยกโรคที่สามารถรักษาได้ ก่อนใช้เครื่องช่วยฟัง

๑.๒.๒ มีการทำ Audiogram ในห้อง Sound proof room ที่ได้มาตรฐาน การตรวจการได้ยิน (Audiogram) ต้องตรวจตามมาตรฐานที่กำหนด ได้แก่ การตรวจ Air Conduction, Bone Conduction, SRT (Speech reception threshold และ PB (Phonetically Balanced)

๑.๓ ความพร้อมด้านการบริหารจัดการ

๑.๓.๑ มีการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟังเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

๑.๓.๒ มีการระบุชนิดเครื่องช่วยฟัง/ชื่อทางการค้า/รุ่นและเลขเครื่อง/ราคา

๑.๓.๓ มีการเซ็นรับเครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน

๑.๓.๔ มีการกำหนดติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

๒. การสมัครเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๒.๑ หน่วยบริการที่มีความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สามารถติดต่อสอบถามและส่งหนังสือแจ้งความประสงค์เข้าร่วมเป็นหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง พร้อมแจ้งรายชื่อ และเบอร์โทรศัพท์ผู้รับผิดชอบได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

๒.๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต พิจารณาและตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังของหน่วยบริการ

๒.๔ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตแจ้งผลการตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังให้หน่วยบริการทราบ

๒.๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำรายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านการตรวจประเมินความพร้อมในการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๓. เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน

ผู้มีสิทธิได้รับเครื่องช่วยฟัง เป็นผู้มีสิทธิและได้รับการจดทะเบียนเป็นคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๑ สูญเสียการได้ยิน ๒ หู และมีการได้ยินที่ยังคงหลงเหลืออยู่ (Residual Hearing) ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าหลังสิ้นสุดการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด และมีลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๓.๑.๑ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด

๓.๑.๒ สูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อม อย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า ๑๐๐ วัน

๓.๑.๓ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวัน หรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

๓.๑.๔ การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาภาษาและการพูดหรือมีความพิการซ้อน

๓.๒ ระดับการสูญเสียการได้ยิน มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ตีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ ๕๐๐, ๑,๐๐๐ และ ๒,๐๐๐ เฮิรตซ์ (Hertz: Hz) เท่ากับหรือมากกว่า ๔๐ เดซิเบล (dB) ทั้งนี้ ต้องตรวจวัดโดยใช้วิธีการตรวจการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ

๔. บุคลากรผู้ให้บริการ

๔.๑ ผู้ให้บริการตรวจการได้ยินหรือผู้ที่สามารถตรวจการได้ยิน ได้แก่ โสต ศอ นาสิกแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ที่ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย

๔.๒ ผู้รับรองเอกสารคนพิการทางการได้ยิน

ก. โสต ศอ นาสิกแพทย์ ที่ตรวจรักษาผู้สูญเสียการได้ยิน และตรวจระดับการได้ยินของผู้สูญเสียการได้ยิน มีสิทธิในการรับรองเอกสารคนพิการ

ข. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีสิทธิในการรับรองเอกสารคนพิการทางการได้ยิน ทั้งนี้ ต้องมีผลตรวจระดับการได้ยินของผู้สูญเสียการได้ยิน ที่ได้การรับรองโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย (ที่กำกับด้วยเลขการประกอบโรคศิลปะ) หรือ โสต ศอ นาสิกแพทย์

๔.๓ ผู้พิจารณาในการใส่เครื่องช่วยฟัง คือ โสต ศอ นาสิกแพทย์

๕. วิธีการตรวจการได้ยิน

อ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ โสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดของสมาคมโสตสัมผัสวิทยา และการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓ และเกณฑ์ที่กำหนดโดยราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแพทย์ แห่งประเทศไทย ดังนี้

๕.๑ การตรวจการได้ยิน ตรวจด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ภายใต้ห้องควบคุมเสียงที่มีระดับเสียงรบกวนตามมาตรฐานที่กำหนด และตรวจโดยนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย หรือ โสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย ผลการตรวจที่ได้ จะเป็นข้อมูลที่ใช้ในการจัดทะเบียนคนพิการ และพิจารณาเลือกเครื่องช่วยฟังให้เหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินในแต่ละราย

๕.๑.๑ การตรวจการได้ยินในผู้ใหญ่

ก. ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน และตรวจหูโดยโสต ศอ นาสิกแพทย์ เสียก่อน เพื่อขจัดสาเหตุการสูญเสียการได้ยินที่เกิดจากหูชั้นนอก

ข. ตรวจ Weber, Rinne และ/หรือ Bing test โดยใช้ Bone vibrator เพื่อแยกประเภทการสูญเสียการได้ยิน

ค. ตรวจการได้ยิน โดยใช้คำพูด เพื่อหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition)

ง. ตรวจการได้ยินเสียงบริสุทธิ์ทั้งการนำเสียงทางอากาศและทางกระดูกมาสตอยด์

๕.๑.๒ การตรวจการได้ยินในเด็ก

การตรวจการได้ยินในเด็กเล็ก ควรได้ผลการตรวจวินิจฉัย และให้ติดตามผลจนกว่าจะได้ระดับการได้ยินที่แน่นอนจากการตรวจวิธีใดวิธีหนึ่งหรือประกอบกัน เช่น

ก. สังเกตพฤติกรรมการฟัง (Behavioral Observation Audiometry : BOA)

ข. ตรวจการทำงานของหูชั้นกลาง (Acoustic Immittance measurement)

ค. ตรวจสมรรถภาพเซลล์ประสาทหูชั้นใน (Otoacoustic emission : OAEs)

ง. ตรวจการได้ยินระดับก้านสมอง (Auditory brainstem response : ABR)
(Auditory steady state response : ASSR)

จ. ตรวจการได้ยินโดยใช้แรงเสริมทางสายตา (Visual re-inforcement audiometry : VRA)

ฉ. ถ้าเด็กสามารถให้ความร่วมมือในการตรวจได้ (อายุมากกว่า ๒ ปีครึ่ง)

- ตรวจสอบการได้ยินโดยใช้คำพูด
- ตรวจสอบการได้ยินโดยใช้เสียงบริสุทธิ์ ทั้งการนำเสียงทางอากาศ และทางกระดูกมาสตอยด์

๕.๒ การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง

๕.๒.๑ ผู้ที่มีส่วนในการเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง

ก. โสต ศอ นาสิกแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ที่ทำงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย เป็นผู้เลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสม ให้กับผู้สูญเสียการได้ยิน

ข. ผู้สูญเสียการได้ยินมีสิทธิ์เลือกรับเครื่องช่วยฟังที่มีคุณภาพ ซึ่งเหมาะสมกับระดับการได้ยิน สภาพของหู และความสะดวกในการใช้งาน ทั้งนี้ ควรเลือกเครื่องที่มีราคาต่ำสุดก่อน โดยที่เครื่องช่วยฟังที่ให้เลือก มีคุณภาพใกล้เคียงกัน

๕.๒.๒ ขั้นตอนการเลือกเครื่องช่วยฟัง

ก. ทำความเข้าใจกับผู้สูญเสียการได้ยิน และ/หรือผู้ปกครอง ถึงผลกระทบจากการสูญเสียการได้ยิน ที่มีต่อการสื่อความหมาย และการดำรงชีวิตประจำวันหรือทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

ข. อธิบายวิธีการเลือกเครื่องช่วยฟังให้แก่ผู้สูญเสียการได้ยินและ/หรือผู้ปกครอง

ค. แนะนำเครื่องช่วยฟังแบบต่าง ๆ ที่มีคุณภาพซึ่งเหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินและให้รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟังในแต่ละแบบทั้งข้อดีและข้อเสีย เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินและ/หรือผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการเลือกเครื่องช่วยฟังที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของตน

ง. เลือกเครื่องช่วยฟังที่มีกำลังขยายพอเหมาะสมกับระดับการสูญเสียการได้ยินอย่างน้อยจำนวน ๒-๓ เครื่อง แบบต่างๆ ที่มีคุณภาพใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้สูญเสียการได้ยินมีโอกาสฟังเสียงพร้อมทั้งเปรียบเทียบคุณภาพเสียงที่แตกต่างกัน

จ. การใช้เครื่องช่วยฟัง ๑ ข้างหรือ ๒ ข้าง ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ โดยคำนึงถึงระดับการได้ยิน ความพิการซ้อน อาชีพ และการดำรงชีวิตของผู้สูญเสียการได้ยิน

๕.๒.๓ ขั้นตอนการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เพื่อให้เครื่องช่วยฟังเหมาะสมกับผู้สูญเสียการได้ยินแต่ละราย สามารถประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง โดยวิธีการใด วิธีการหนึ่ง หรือทั้งสองวิธี ดังนี้

วิธี Subjective Method

ก. การหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูด (Word recognition score) ด้วยการฟังจากเครื่องช่วยฟังเปรียบเทียบกับ ๒-๓ เครื่อง (จากต่างบริษัท/ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง (ยี่ห้อ)) ในกรณีที่ผู้สูญเสียการได้ยินสูญเสียการได้ยินระดับรุนแรงให้ทดสอบหาค่าความสามารถในการจำแนกคำพูดด้วยการฟังขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังร่วมกับการอ่านริมฝีปาก (Speech reading)

ข. ทดสอบการได้ยินโดยปล่อยเสียงผ่านลำโพง (Sound field) ในขณะที่ใส่เครื่องช่วยฟังและไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง (Functional gain)

ค. ให้พิจารณาเลือกเครื่องช่วยฟัง โดยใช้คุณภาพเสียงเป็นหลัก

วิธี Objective Method โดยการใช้ Probe microphone instrument วัดการขยายเสียงภายในช่องหูของผู้สูญเสียการได้ยินขณะใส่เครื่องช่วยฟังทีละเครื่อง แสดงผลเป็นรูปกราฟการขยายเสียงในแต่ละความถี่ ทำการประเมินทีละเครื่องรวม ๒-๓ เครื่อง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องช่วยฟัง

๕.๒.๔ ขั้นตอนการแนะนำ วิธีใช้เครื่องช่วยฟัง การแนะนำผู้สูญเสียการได้ยิน และ/หรือผู้ปกครอง ถึงวิธีการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการใช้ วิธีการดูแลรักษา และการแก้ปัญหาเมื่อเครื่องช่วยฟังขัดข้อง

๕.๒.๕ การติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง

ก. ในช่วงระยะ ๑-๓ เดือนแรก ให้ติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังในชีวิตประจำวัน ให้คำแนะนำเพิ่มเติม และ/หรือแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ปรับแต่งเครื่องช่วยฟังเพื่อเพิ่มคุณภาพเสียงให้อุปกรณ์เสริมที่จำเป็น ได้แก่ แบตเตอรี่ (ถ่าน) สำหรับเครื่องช่วยฟัง ให้เพียงพอต่อการใช้งาน สารดูดความชื้นสำหรับผู้ที่มีเหงื่อมาก รวมทั้งให้การฟื้นฟูสร้างเสริมสมรรถภาพการได้ยิน แก้ไขการพูดและพัฒนาการทางภาษาแก่ผู้สูญเสียการได้ยิน เป็นต้น

ข. หลังจากนั้น จึงติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟังพิมพ์หู และแบตเตอรี่ (ถ่าน) เป็นระยะ เช่น ๓ เดือน ๖ เดือน หรือเมื่อมีปัญหา และควรติดตามตรวจการได้ยินและประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

ค. หากการได้ยินเสียงจากเครื่องช่วยฟังลดลง เนื่องจากสูญเสียการได้ยินเพิ่มมากขึ้น ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งนี้การเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิกแพทย์

ง. ในกรณีเครื่องช่วยฟังชำรุด ควรตรวจการได้ยินและประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง ทั้งนี้ การเปลี่ยนเครื่องช่วยฟังใหม่ ให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของโสต ศอ นาสิกแพทย์

๖. การตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องช่วยฟังก่อนให้บริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำระบบตรวจสอบอายุการใช้งานของอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังก่อนให้บริการ (๑ เครื่อง ใช้งานได้ ๓ ปี) เพื่อให้เป็นไปตามสิทธิ และเพื่อป้องกันการเบิกเครื่องช่วยฟังซ้ำซ้อน หน่วยบริการสามารถเข้าไปตรวจสอบอายุการใช้งานของเครื่องดังกล่าว ได้ที่ “โปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ”

๗. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการที่จัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน สามารถส่งข้อมูลขอรับค่าใช้จ่าย ดังนี้

๗.๑ หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง โดยระบุรหัสการวินิจฉัยโรค (ICD10) H900, H903, H906 และรหัสตัดการ (ICD9CM) 9548 ถ้า+21 (เฉพาะเด็ก) ใน “โปรแกรมรายงานอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ภายใน ๓๐ วันหลังการให้บริการ

๗.๒ หลักเกณฑ์และมาตรฐานการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง

๗.๒.๑ เกณฑ์ในการใส่เครื่องช่วยฟัง วิธีการตรวจการได้ยิน การเลือกและการประเมินเครื่องช่วยฟัง เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด ดังรายละเอียดข้างต้น โดยหน่วยบริการต้องแสดงหลักฐานการตรวจการได้ยิน ผลการเลือกและการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง เอกสารการเซ็นต์รับเครื่องช่วยฟัง เอกสารการจัดซื้อรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งหลักฐาน Sticker ที่ระบุ รุ่น/เลขที่ (serial number) ของเครื่องช่วยฟัง เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบภายหลัง

๗.๒.๒ อายุการใช้งานเครื่องช่วยฟัง ๓ ปี

๗.๒.๓ หากเครื่องช่วยฟัง สูญหาย ผู้มีสิทธิ์จะไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้

๗.๒.๔ หน่วยบริการ ต้องมีการลงบันทึกข้อมูลในเอกสาร เพื่อใช้สำหรับการตรวจสอบหลังจ่าย (Post Audit) ดังนี้

ก. ใบประวัติผู้รับบริการ (OPD Card) ที่ประกอบด้วยข้อมูลสำคัญคือ

- ผลการตรวจการได้ยิน
- ผลการประเมินการใช้เครื่องช่วยฟัง
- การแนะนำการใช้เครื่องช่วยฟัง
- การติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง
- จำนวนเครื่องที่ให้กับผู้สูญเสียการได้ยิน พร้อมทั้งลักษณะเฉพาะของ แต่ละเครื่อง ได้แก่ ชนิดเครื่องช่วยฟัง ชื่อการค้าของเครื่องช่วยฟัง (ยี่ห้อ) และ รุ่น/เลขเครื่อง

ข. ผลการตรวจสอบสิทธิคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจากระบบตรวจสอบสิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค. การบันทึกแบบสอบถามประเมิน/และติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง (รายละเอียดแนบท้าย)

๗.๓ อัตราค่าใช้จ่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการจัดซื้อหรือจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังบวกค่าดำเนินการตามหลักเกณฑ์ในการกำหนดราคาค่าเวชภัณฑ์ตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ โดยไม่เกินเพดานราคากลางที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการที่จัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด ดังตาราง

รหัสอุปกรณ์	ประเภท	หน่วย/ ราคากลาง
๒๕๐๑	เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน สำหรับเด็ก อายุต่ำกว่า ๑๐ ปี ลักษณะใช้หัดใบหู ไม่มีสาย	ข้างละ ๑๕,๐๐๐ บาท
๒๕๐๒	เครื่องช่วยฟังสำหรับผู้สูญเสียการได้ยิน สำหรับผู้ใหญ่ลักษณะใช้หัดใบหู ไม่มีสาย	ข้างละ ๑๓,๕๐๐ บาท

๗.๔ การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ ในกรณีที่พบว่าหน่วยบริการจัดบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานที่กำหนด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถดำเนินการตามข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการบริหารจัดการกองทุนและการหักค่าใช้จ่ายกรณีหน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเกินจริง พ.ศ. ๒๕๕๒

แบบประเมินการให้บริการด้านสุขภาพ กรณีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนพิการทางการได้ยิน

โรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ป่วย.....HN.....วันที่.....

ขั้นตอนการใส่เครื่องช่วยฟัง	ใช่	ไม่ใช่
1. มีการทำ Otoscopy เพื่อแยกโรคที่สามารถรักษาได้ ก่อนใช้เครื่องช่วยฟัง		
2. มีการทำ Audiogram ใน Sound proof room พบว่ามีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยข้างที่ตีกว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยของระดับการได้ยินทางอากาศ (Air Conduction Threshold) ของความถี่ 500, 1,000 และ 2,000 เฮิรตซ์ (Hz) เท่ากับหรือมากกว่า 40 เดซิเบล (dB) ทั้งนี้ ต้องตรวจวัดโดยใช้วิธีการตรวจการได้ยินตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลตรวจการได้ยินเฉลี่ย (Air Conduction Threshold) <input type="checkbox"/> RE.....dB <input type="checkbox"/> LE.....dB		
3. โสต ศอ นาสิกแพทย์ ได้ประเมินว่าเป็นผู้สูญเสียการได้ยิน ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาหรือการผ่าตัด ● มีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือปฏิเสธการผ่าตัด ● การสูญเสียการได้ยินที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อความหมายและการดำรงชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ● การสูญเสียการได้ยินแบบประสาทหูเสื่อมอย่างเฉียบพลันหลังการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 100 วัน ● การสูญเสียการได้ยินเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทางภาษาและการพูดในเด็กหรือมีความพิการซ้ำซ้อน 		
4. ผู้พิจารณาใส่เครื่องช่วยฟังเป็นโสต ศอ นาสิกแพทย์ ระบุ นพ./พญ.RCOT เลขที่.....		
5. ผู้เลือกและประเมินเครื่องช่วยฟังเป็นโสต ศอ นาสิกแพทย์, นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย หรือเจ้าหน้าที่ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของโสต ศอ นาสิกแพทย์ หรือนักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย ระบุ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....		
6. เลือกใส่เครื่องช่วยฟัง ในหูที่เหมาะสมเพียงข้างเดียวก่อน ระบุ <input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> LE		
7. มีการประเมินการทำงานของเครื่องช่วยฟัง โดย Subjective Method หรือ Objective Method		
8. มีการเซ็นรับเครื่องช่วยฟังของคนพิการทางการได้ยิน		
9. มีการระบุ ชนิดเครื่องช่วยฟัง/ชื่อทางการค้า/รุ่นและเลขเครื่อง/ราคา ชนิดเครื่องช่วยฟัง <input type="checkbox"/> Pocket hearing aid <input type="checkbox"/> BTE <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... <input type="checkbox"/> RE ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ).....รุ่น/เลขเครื่อง.....ราคา..... <input type="checkbox"/> LE ชื่อทางการค้า (ยี่ห้อ).....รุ่น/เลขเครื่อง.....ราคา.....		
10. มีกำหนดติดตามผลการใช้เครื่องช่วยฟัง ในระยะ 1-3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี ครั้งที่ 1: (ช่วง 1-3 เดือน) วันที่..... ครั้งที่ 2: (ช่วง 6 เดือน) วันที่..... ครั้งที่ 3: (ช่วง 1 ปี) วันที่.....		

ผู้บันทึก.....

ตำแหน่ง.....

วันที่.....