

ที่ สปลช. 5.42/ ๐,372

๔๑ สิงหาคม 2560

เรื่อง ขอส่งแบบตอบรับการดำเนินการ “รณรงค์ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชน
ในกรุงเทพมหานคร”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้ประกอบการกิจการคลินิกชุมชนอบอุ่นในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้าทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบตอบรับการดำเนินการ “รณรงค์ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ
ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร”

ตามที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้จัดประชุมชี้แจง
การรณรงค์ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนในกรุงเทพมหานคร เพื่อให้หน่วย
บริการดำเนินการให้บริการตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม – 30 กันยายน 2560 นั้น

ในการนี้ สำนักงานฯ จึงขอส่งแบบตอบรับการแบบตอบรับการดำเนินการ “รณรงค์ให้บริการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนในกรุงเทพมหานคร” เพื่อให้หน่วยบริการตอบรับเข้าร่วม
ให้บริการตามแนวทางการดำเนินงานให้บริการฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ ขอให้ท่านลงนามแบบตอบรับ โดย
ลงนามกำกับท้ายผนวกทุกแผ่น กลับมาที่สำนักงานฯ ภายในวันที่ 21 สิงหาคม 2560 เพื่อดำเนินการตาม
ขั้นตอนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวบุษกร สุรรังสรรค์)
ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนัก ปฏิบัติงานแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

กลุ่มงานสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

โทรศัพท์ 02 142 0933 , 1012

โทรสาร 02 143 8772 - 3

ผู้รับผิดชอบ : นางศรัณย์พร ม่วงศิริ , นางพรนาวี ทิมเกิด



สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

แบบตอบรับการดำเนินการ
“รณรงค์ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนในกรุงเทพมหานคร”

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

หน่วยบริการรหัส สป. 5 หลัก.....

มีความประสงค์เข้าร่วมการดำเนินการ “รณรงค์ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนใน-กรุงเทพมหานคร” กิจกรรมดังนี้

1. การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด – 5 ปี
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี
 - 2.1 มะเร็งเต้านม
 - 2.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap Smear
3. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน
4. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง
5. การตรวจสุขภาพในช่องปาก
6. การคัดกรอง ADL

ทั้งนี้ (ชื่อหน่วยบริการ) ตกลงดำเนินการ
“รณรงค์ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนในกรุงเทพมหานคร” พร้อมทั้งปฏิบัติตาม
เงื่อนไขการจ่ายเงิน ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ

(ลงชื่อ)

()

ตำแหน่ง (ผู้บริหาร/ผู้ประกอบกิจการ)

วันที่ เดือน พ.ศ.

၁၅၂၁

~~~~~

**แนวทางดำเนินการรณรงค์ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค  
สำหรับประชาชนในกรุงเทพมหานคร**

**กลุ่มเป้าหมายการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**

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

**กิจกรรมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก**

1. การตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กดี (Well Baby) อายุแรกเกิด – 5 ปี
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งสตรี
  - 2.1 มะเร็งเต้านม
  - 2.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap Smear
3. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Disease) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน
4. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง
5. การตรวจสุขภาพในช่องปาก
6. การคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ (ADL)

**ระยะเวลาดำเนินการ** ตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม – 30 กันยายน 2560

**เงื่อนไขบริการ**

1. ให้บริการตามคู่มือแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ปีงบประมาณ 2560
2. รายงานผลการให้บริการ โดยบันทึกผ่านโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (BPPDS) กรณีบันทึกข้อมูลไม่ผ่าน เนื่องจากให้บริการซ้ำ ไม่ต้องบันทึกข้อมูลซ้ำ และไม่ต้องอุทธรณ์ข้อมูล ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะดึงข้อมูลการบริการ กิจกรรมตามช่วงระยะเวลาดำเนินการ เพื่อเบิกจ่ายกับหน่วยบริการเอง
3. สำหรับกิจกรรมการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ (ADL) สามารถดาวน์โหลด File รายงานผลการบริการได้จาก หน้าเว็บไซต์ [bkk.nhso.go.th](http://bkk.nhso.go.th) และส่งเป็น Electronic File และข้อมูลมายังสำนักงานฯ ภายในวันที่ 15 กันยายน 2560 ข้อมูลส่วนที่เหลือให้ส่งทาง BPPDS ปีงบประมาณ 2561

(ลงชื่อ) .....

(

) ผู้บริหาร/ผู้ประกอบกิจการ

รายงานการประเมิน ADL (การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน : Barthel Activities of Daily Living:ADL)

| ลำดับ | วันที่<br>ให้บริการ | Hcode | หน่วยบริการ | ชื่อ-นามสกุล | เลข<br>ประจำตัวประชาชน | ที่อยู่<br>ระบุแขวง | อายุ<br>(ปี) | ผลการคัดกรอง ADL  |                                          |                          |                         |
|-------|---------------------|-------|-------------|--------------|------------------------|---------------------|--------------|-------------------|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              | ผลคะแนน<br>ที่ได้ | กลุ่มที่ 1<br>ตั้งแต่ 12 คะแนน<br>ขึ้นไป | กลุ่มที่ 2<br>5-11 คะแนน | กลุ่มที่ 3<br>0-4 คะแนน |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |
|       |                     |       |             |              |                        |                     |              |                   |                                          |                          |                         |

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....