

5. การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กรอบการบริหารงบกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในปีงบประมาณ 2553 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดสรรสำหรับบริการใน 2 ส่วน คือ

1. การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จัดสรร 271.79 บาทต่อหัวประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. การให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ จัดสรร 11.36 บาทต่อหัวประชากร (งบที่กันมาจากค่าบริการผู้ป่วยใน)

1. การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิในทุกพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเป็นการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบุคคลและครอบครัว มุ่งเน้นให้มีการกระจายงบประมาณลงสู่พื้นที่อย่างเป็นธรรม ส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นหน่วยบริการและสถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการมากขึ้น โดยการจ่ายเงินตามผลงานและความครอบคลุมของการให้บริการเพื่อให้เกิดการให้บริการได้อย่างแท้จริงและสามารถผลักดันให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ อย่างมีประสิทธิภาพ (ภาคผนวก 3)

เงินกองทุนสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2553 ได้รับการจัดสรรในอัตรา 271.79 บาทต่อประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 47.2397 ล้านคน ซึ่งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำเป็นต้องจัดให้มีบริการดังกล่าวครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนทุกสิทธิ ดังนั้น ในการจัดสรรเงินสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่หน่วยบริการจึงคำนวณตามฐานข้อมูลประชากรทั้งประเทศ คิดเป็น 199.22 บาทต่อประชากรไทยทุกสิทธิ จำนวน 64.446 ล้านคน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการบริหารจัดการงบบริการสร้างเสริมสุขภาพเป็น 3 ส่วน ดังนี้

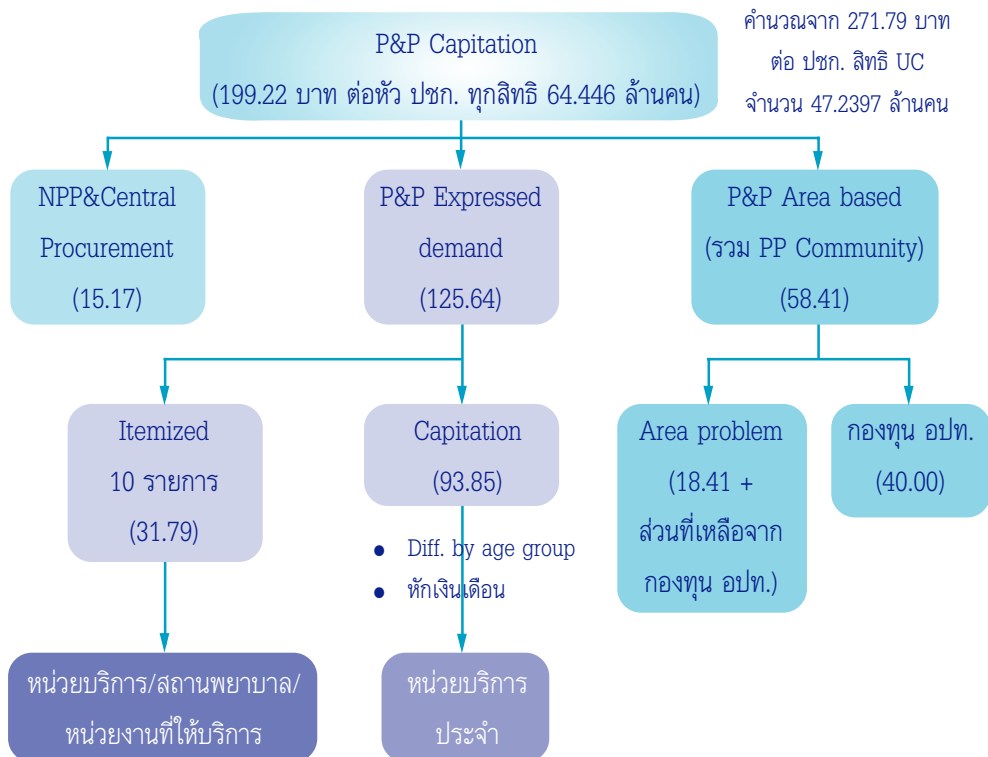
ส่วนที่ 1 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (P&P National Priority Program and Central Procurement)

ส่วนที่ 2 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)

ส่วนที่ 3 งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area-based services)

แนวทางการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ 2553 ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการบูรณาการให้เกิดการบริการภายใต้กรอบการจัดการและการกำกับติดตามประเมินผลด้านงบประมาณโดย คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (อปสจ.) และคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะรวบรวมข้อมูลผลงานจากระบบรายงาน บันทึกข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขตามชุดมาตรฐาน 12 แพ้ม 18 แพ้ม Sealant program โปรแกรม e-claim โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงฯ (โปรแกรม PPIS) โปรแกรม Cervical screening โปรแกรมสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และโปรแกรมวัคซีนไขหวัดใหญ่ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานโดยทีมคณะทำงานที่แต่งตั้งขึ้นจากความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งเน้นให้มีการวัดผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น

กรอบบริหารงบ P&P ปี 2553



ส่วนที่ 1 ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (National Priority Program and Central Procurement)

1. แนวคิด

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะบริการที่มีความจำเป็นต้องดำเนินการในภาพรวมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการจัดการด้านต้นทุน การพัฒนาระบบการจัดการหรือบริการใหม่ๆ ที่ผ่านการศึกษาเรียบร้อยแล้ว หรือสนับสนุนนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ เป็นการคุ้มครองการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อเวชภัณฑ์หรือเวชภัณฑ์ที่มีเชื้อยา และวัสดุต่างๆ เนื่องจากการจัดซื้อรวมระดับประเทศทำให้ได้ราคาต่อหน่วยที่เหมาะสม

2.2 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดหลายมาตรฐานในการดำเนินงาน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการและพื้นที่ต่างๆ

2.3 เพื่อการจัดบริการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ หากจัดสรรแบบเหมาจ่ายให้หน่วยบริการ อาจทำให้หน่วยบริการไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการได้

3. กรอบการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบให้จัดสรรวงเงินงบประมาณกองทุนในอัตรา 15.17 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ จำนวน 977.64582 ล้านบาท โดยแบ่งการสนับสนุนงบประมาณออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. งบเพื่อการจัดซื้อหรือจัดจ้างรวมในระดับประเทศ (Central Procurement) เป็นการจัดซื้อในปริมาณมากที่ทำให้ต้นทุนลดลง โดยมีรายการที่สนับสนุนดังนี้

1.1 สนับสนุนการจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรค ตามโปรแกรมการให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) โดยการดำเนินการจัดซื้อรวม รวมทั้งการบริหารการขนส่ง และกระจายการเบิกจ่ายวัคซีนแก่หน่วยบริการทุกแห่งทั่วประเทศตามการให้บริการจริงผ่านระบบ VMI

1.2 สนับสนุนการจัดซื้อนมผงสำหรับเด็กที่มีภาวะ PKU แก่กรมอนามัยเพื่อดำเนินการจัดซื้อและกระจายให้กับหน่วยบริการที่มีเด็กที่มีภาวะ PKU

2. งบประมาณหรือโครงการที่ดำเนินการในระดับประเทศ ตามกรอบแนวคิด “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” ให้เป็นไปตามแนวทางที่หารือร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. แนวทางการสนับสนุน/หลักเกณฑ์การจัดสรร

ให้มีการทำข้อตกลงดำเนินการร่วมกัน ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงาน หรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามเงื่อนไขที่กำหนดร่วมกัน และมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการจัดสรรงบประมาณส่วนนี้

5. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

ให้มีการจัดทำรายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส ตามลักษณะเนื้อหา รวมทั้งตัวชี้วัดของแผนงาน /โครงการ ต่างๆ ที่เป็นการตกลงร่วมกันระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับหน่วยงานที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ

ส่วนที่ 2 งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services)

งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) เป็นงบที่จัดสรรเพื่อการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รายบุคคลที่จัดโดยหน่วยบริการและสถานพยาบาล ในอัตราเหมาจ่าย 125.64 บาทต่อประชากรไทยทุกคน (หักเงินเดือนก่อนการจัดสรร) โดยครอบคลุมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ประชาชนมารับบริการที่หน่วยบริการและสถานพยาบาล หรือเป็นการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อให้เกิดการเพิ่ม การเข้าถึงและความครอบคลุมการให้บริการ โดยในปีงบประมาณ 2553 ได้ปรับเกณฑ์การจัดสรรเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

1. การจัดสรรลักษณะเหมาจ่ายรายหัว

1.1 แนวคิด

งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) ที่บริหารจัดการในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 93.85 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ โดยกำหนดจัดสรรแก่หน่วยบริการประจำตามจำนวนประชากรสิทธิ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว โดยปรับตามโครงสร้างอายุที่ระดับจังหวัด (Differential P&P expressed demand service รายเขตพื้นที่/จังหวัด (ภาคผนวก 1) เพื่อเป็นการชดเชยค่าบริการ ทั้งนี้ให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชนที่รับผิดชอบอย่างทั่วถึง และบรรลุวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

- การฝากครรภ์
- การตรวจหลังคลอด
- การให้ภูมิคุ้มกันโรคในทุกช่วงอายุ
- การดูแลสุขภาพและพัฒนาการตามวัยเด็ก
- บริการวางแผนครอบครัว
- การดูแลสุขภาพช่องปาก
- บริการตรวจคัดกรองและการปรับพฤติกรรมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
- บริการให้สูติศึกษา ความรู้ คำแนะนำ
- บริการอนามัยโรงเรียน
- บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต
- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 ขอบเขตการรับบริการ

ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ได้ที่หน่วยบริการประจำของตนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย กรณีผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำของตน ผู้รับบริการต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ส่วนกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อไปรับบริการยังหน่วยบริการอื่น ให้ส่งต่อไปได้ภายในจังหวัดเท่านั้น โดยหน่วยบริการที่ส่งต่อต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดเป็นผู้กำหนด

1.3 การจัดสรรเงิน/โอนเงิน

การจัดสรรให้เป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัว โดยโอนงบกองทุนฯ ให้แก่หน่วยบริการโดยตรง ทั้งนี้ในส่วนของหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะหักเงินเดือนก่อนการจัดสรร ส่วนหน่วยบริการภาคเอกชนจะได้รับจัดสรรเต็มจำนวน

การจัดสรรแก่หน่วยบริการภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้รับการจัดสรรเป็น 4 งวด งวดละร้อยละ 25 ดังนี้

- งวดที่ 1 โอนภายในเดือน ตุลาคม 2552
- งวดที่ 2 โอนภายในเดือน มกราคม 2553
- งวดที่ 3 โอนภายในเดือน เมษายน 2553
- งวดที่ 4 โอนภายในเดือน กรกฎาคม 2553

การจัดสรรแก่หน่วยบริการรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการภาคเอกชนจะได้รับการจัดสรรพร้อมงบบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.4 การกำกับติดตามประเมินผล

ในระดับจังหวัดโดยอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด (อปสจ.) กำกับดูแลให้หน่วยบริการใช้จ่ายเงิน pp expressed demand services เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแผนบูรณาการเชิงรุกของจังหวัดและประเมินผลการจัดบริการดังกล่าวด้วย

เมื่อหน่วยบริการให้บริการแล้ว ให้ดำเนินการตามระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขตามชุดมาตรฐาน 12 แพ้ม 18 แพ้ม โดยรายงานให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดทราบทุกเดือน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดจะเป็นผู้กำกับติดตามการดำเนินงาน จัดส่งข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. การจัดสรรตามผลการให้บริการ

2.1 แนวคิด

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) ที่จัดสรรตามผลการให้บริการ (ได้รับการจัดสรรในอัตรา 31.79 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ) ซึ่งมีการกำหนดรายการและอัตรากำไรจ่ายชดเชยค่าบริการแก่หน่วยบริการและสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมที่สมัครเข้าร่วมให้บริการตามผลการให้บริการ โดยมีวัตถุประสงค์ของการจ่ายค่าชดเชยบริการตามผลงาน ดังนี้

1. เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม
2. เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกของหน่วย

บริการปฐมภูมิ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการตามผลงาน

1. ต้องมีการบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลครบถ้วนตามที่กำหนด
2. ต้องมีระบบการกำกับติดตามประเมินผลรวมทั้งการตรวจสอบการให้บริการ (clinical &

financial audit)

2.2 รายการและอัตราค่าชดเชยบริการหรือเป็นการสนับสนุนเพิ่มเติม (on top)

ในปีงบประมาณ 2553 ได้กำหนดรายการและอัตราค่าชดเชยบริการหรือเป็นการสนับสนุนเพิ่มเติม (on top) บางกิจกรรมของการบริการหลักในชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 10 รายการ ดังนี้

1. การฝากครรภ์ (สำหรับการฝากครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และกลุ่มสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบยังไม่ครบ 7 เดือน)

2. การตรวจเยี่ยมหลังคลอด
3. บริการวางแผนครอบครัว (สำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม)
4. บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน
5. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ในทารกแรกเกิด
6. การตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันของนักเรียน ป.1 ป. 3 และ ป.6
7. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (Metabolic diseases) 4 กลุ่ม คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง อ้วนลงพุง
8. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง 4 กลุ่มโรค ในข้อ 7
9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
10. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 5 กลุ่มโรค คือ มะเร็ง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และไตวายเรื้อรัง

สำหรับ สปสช. เขตซึ่งเข้าร่วมนำร่องโครงการเขตสุขภาพ 2 เขต ได้แก่ สปสช.เขต 9 นครราชสีมา และ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร สามารถกำหนดรูปแบบ แนวทางการจัดสรรที่แตกต่างได้ทั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไข

1. ไม่ขัดแย้งกับหลักเกณฑ์ตามมติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. ผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.)
3. มีการรายงาน ข้อมูล ผลการดำเนินงานตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

รายละเอียดกิจกรรมการจ่ายค่าชดเชยบริการในชุดสิทธิประโยชน์

1. การฝากครรภ์

1.1 การฝากครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

เป้าหมาย

หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกราย (ทุกสิทธิ) ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ หรือ เท่ากับ 12 สัปดาห์ที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล (ยกเว้น กรณีส่งต่อเพื่อตรวจเลือดหรือพบแพทย์ไม่นับรวม)

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายสนับสนุนเพิ่มเติม ให้สำหรับการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกราย (ทุกสิทธิ) ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ รายละเอียด 500 บาท (ส่วนค่าชดเชยการให้บริการรับฝากครรภ์ทั้งหมดหน่วยบริการได้รับชดเชยในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวแล้ว) โดยหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการรับฝากครรภ์แก่หญิง

ตั้งครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลในโปรแกรม e-claim ซึ่งโปรแกรมจะตัดข้อมูลและออกรายงานการจ่ายเงินตามรอบของผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลต้องจัดส่งในโปรแกรม e-claim ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

- 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
- 2) เลขประจำตัวประชาชน
- 3) สิทธิการรักษาพยาบาล
- 4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ
- 5) วัน-เดือน-ปี ของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)
- 6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct/Hb, VDRL, HIV, Thalassemia (ผลตรวจคัดกรองเบื้องต้น), HBs Ag

1.2 การฝากครรภ์สำหรับสิทธิประกันสังคม (ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากกองทุนประกันสังคม) เป้าหมาย

เป็นบริการสำหรับประชาชนสิทธิประกันสังคม (เฉพาะผู้ประกันตนหญิง) ที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน และยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม โดยกำหนดให้ผู้มีสิทธิดังกล่าวสามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้ที่หน่วยบริการและสถานพยาบาล

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าชดเชยบริการให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการรับฝากครรภ์ตามผลงานรายบุคคล ซึ่งสามารถเบิกจ่ายได้ตามจำนวนครั้งที่ให้บริการจริง โดยหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลสามารถเบิกค่าชดเชยบริการได้ดังนี้

- 1) การตรวจสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรก เบิกได้ในอัตราไม่เกิน 1,200 บาท
- 2) การตรวจสำหรับการฝากครรภ์ครั้งต่อไป เบิกได้ครั้งละไม่เกิน 400 บาท

โดยหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการฝากครรภ์ จะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลในโปรแกรม e-claim ซึ่งโปรแกรมจะตัดข้อมูลและออกรายงานการจ่ายเงินตามรอบของผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อมูลที่หน่วยบริการต้องจัดส่งในโปรแกรม e-claim ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

- 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
- 2) เลขประจำตัวประชาชน
- 3) สิทธิการรักษาพยาบาล
- 4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ

- 5) วัน-เดือน-ปี ของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)
- 6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct/Hb, VDRL, HIV, Thalassemia (ผลเบื้องต้น), HBs Ag (สำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรก)

2. การตรวจเยี่ยมหลังคลอด

เป้าหมาย

หญิงที่มีการคลอดบุตรทุกราย ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือน ให้ได้รับการตรวจสุขภาพและดูแลหลังคลอด ซึ่งการตรวจหลังคลอด หมายถึง การได้รับการตรวจสุขภาพและดูแลในระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังการคลอดบุตร

หลักเกณฑ์ / เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่าชดเชยบริการให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจเยี่ยมหลังคลอดตามผลงานรายบุคคลในอัตราไม่เกิน 150 บาท (ไม่รวมค่าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) โดยสามารถเบิกค่าตรวจเยี่ยมได้เพียงครั้งเดียว ซึ่งหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจเยี่ยมหลังคลอด จะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคล ในโปรแกรม e-claim ซึ่งโปรแกรมจะตัดข้อมูลและออกรายงานการจ่ายเงินตามรอบของผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อมูลที่หน่วยบริการต้องจัดส่งในโปรแกรม e-claim ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

- 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
- 2) เลขประจำตัวประชาชน
- 3) สิทธิการรักษาพยาบาล
- 4) วัน/เดือน/ปี ที่คลอดบุตร
- 5) วัน/เดือน/ปี ที่ให้บริการ

3. บริการวางแผนครอบครัว

เป้าหมาย

ผู้ประกันตนหญิงไทย (สิทธิประกันสังคม) และหญิงไทยที่เป็นผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการทุกคน (ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์) สามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิดในส่วนของบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิดและบริการใส่ห่วงอนามัย (ยกเว้นการทำหมันเนื่องจากประชาชนทั้งสองสิทธิได้รับความคุ้มครองตามสิทธิแล้ว) ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิดได้ที่หน่วยบริการและสถานพยาบาล

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่าชดเชยบริการให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการวางแผนครอบครัวตามผลงานรายบุคคลในอัตรา ดังนี้

รายการ	ค่าบริการ (บาท/ครั้ง/ราย)
ยาเม็ดคุมกำเนิด	40
ยาฉีดคุมกำเนิด	60
ยาฝังคุมกำเนิด	2,200
ห่วงอนามัย	500

กรณีผู้ให้บริการเป็นหน่วยบริการประจำ (ทั้งภาครัฐและเอกชน)/สถานพยาบาล ที่ให้บริการจะต้องรายงานข้อมูลการให้บริการวางแผนครอบครัว โดยบันทึกข้อมูลผลการให้บริการรายบุคคลในโปรแกรม e-claim ซึ่งโปรแกรมจะตัดข้อมูลและออกรายงานการจ่ายเงินตามรอบของผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรณีสถานอนามัยเป็นผู้ให้บริการ ให้บันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคล ในระบบบันทึกข้อมูลการให้บริการสาธารณสุขที่สามารถส่งออกข้อมูลตามชุดมาตรฐาน 18 แฟ้ม โดยการบันทึกให้เป็นไปตามมาตรฐานการบันทึกข้อมูลที่ สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนด (ภาคผนวก 4) และจัดส่งข้อมูล แก่สำนักงานฯ สาขาจังหวัด เพื่อรวบรวมข้อมูลส่งให้ สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดส่งข้อมูลให้ สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและโอนเงินให้แก่สถานอนามัยเป็นรายไตรมาส ทั้งนี้ เงื่อนไขและระยะเวลาการจัดส่งข้อมูลให้เป็นไปตามที่ สำนักรับนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

ข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลต้องจัดส่งมีดังนี้

- 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
- 2) เลขประจำตัวประชาชน
- 3) สิทธิการรักษาพยาบาล
- 4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ
- 5) ชนิดของการคุมกำเนิด

4. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน

เป้าหมาย

ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ทั้งกลุ่มเด็กอายุ 0 -5 ปี กลุ่มเด็กนักเรียน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยครอบคลุมทุกชนิดวัคซีน ตามตารางแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน (EPI) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจัดสรรค่าชดเชยค่าบริการสำหรับบริการฉีดวัคซีนทุกชนิด (ยกเว้น วัคซีน OPV จะเป็นวัคซีนที่ให้โดยการรับประทาน) เพื่อชดเชยค่าวัสดุ และอุปกรณ์การฉีด (ส่วนวัคซีนได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง) ตามจำนวนข้อมูลที่ได้รับและภายหลังตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน แล้วในอัตรา 10 บาท ต่อจำนวนครั้งของการให้บริการฉีดวัคซีน โดยหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการแล้ว ต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีนรายบุคคลตามรหัสมาตรฐานที่กำหนดลงใน 18 แฟ้ม หรือ 12+8 แฟ้มไฟล์ ซึ่งข้อมูลที่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลต้องจัดส่งมีดังนี้

- 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
- 2) เลขประจำตัวประชาชน
- 3) สิทธิการรักษาพยาบาล
- 4) วัน/เดือน/ปีเกิด
- 5) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ
- 6) ชนิดของวัคซีนที่ให้ (ตามรหัสมาตรฐานวัคซีน ภาคผนวก 4)

หมายเหตุ กรณีวัคซีนที่ให้ในเด็กแรกเกิด ได้แก่ BCG (รหัส 010), HB (รหัส 041) ซึ่งยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชนให้จัดส่งข้อมูล เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) เพิ่มเติมด้วย

5. การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ในทารกแรกเกิด

เป้าหมาย

ทารกแรกเกิดทุกราย (ทุกสิทธิ) ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) เพื่อป้องกันภาวะปัญญาอ่อนจากภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายชดเชยค่าบริการให้สำหรับการให้บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแก่ทารกแรกเกิดทุกราย (ส่วนการติดตามเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง เป็นความรับผิดชอบของการรักษาตามสิทธิประโยชน์) ในอัตรา ดังนี้

- 1) การตรวจคัดกรอง TSH ครั้งแรก ในอัตราไม่เกินรายละ 140 บาท
- 2) การตรวจยืนยัน กรณีผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกผิดปกติ ในอัตราไม่เกินรายละ 250 บาท

5.1 การตรวจคัดกรอง TSH ครั้งแรก ในทารกแรกเกิด

กรณีหน่วยบริการ/สถานพยาบาลส่งตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายค่าตรวจ TSH แก่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แทนหน่วยบริการในอัตราไม่เกิน 124 บาท/ราย ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ต้องรายงานผลการตรวจตามแบบรายงานที่กำหนด (ภาคผนวก 5) และจ่ายค่าชดเชยบริการตรวจแก่หน่วยบริการในระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตราไม่เกิน 16 บาท/ราย โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะใช้ข้อมูลจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นข้อมูลการจัดสรรเงินให้แก่หน่วยบริการ (หน่วยบริการ ไม่ต้องส่งรายงานให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

กรณีหน่วยบริการตรวจเองหรือส่งตรวจยังหน่วยงานอื่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะ จัดสรรเงินค่าตรวจคัดกรอง TSH ในอัตราไม่เกิน 140 บาท/รายให้แก่หน่วยบริการโดยตรง และหน่วย บริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบตามจ่ายค่าตรวจแก่หน่วยงานที่ส่งตรวจเอง ทั้งนี้ หน่วยบริการต้อง รายงานข้อมูลผลการตรวจรายบุคคลตามแบบที่กำหนด (ภาคผนวก 5) โดยบันทึกข้อมูลผลการให้บริการ ตามแบบที่สปสช.กำหนด (PPE_TSH-01 และ PPE_TSH-02) และจัดส่งข้อมูลตามแบบรายงานให้ สำนักงานฯ สาขาจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลการให้บริการในภาพรวมของจังหวัด (แบบ PPE_TSH-03) ส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แบบ PPE_TSH-02 ให้รายงานในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทาง E-mail Address : Kritsana.j@nhso.go.th) โดยกำหนดส่งข้อมูลตามระยะเวลาดังนี้

ผลการให้บริการ	ระยะเวลาที่กำหนดส่งข้อมูล
ตุลาคม – ธันวาคม 2552	ภายในวันที่ 10 มกราคม 2553
มกราคม – มีนาคม 2553	ภายในวันที่ 10 เมษายน 2553
เมษายน - มิถุนายน 2553	ภายในวันที่ 10 กรกฎาคม 2553
กรกฎาคม - กันยายน 2553	ภายในวันที่ 30 ตุลาคม 2553

5.2 การตรวจยืนยัน กรณีผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกผิดปกติ

ในกรณีที่ผลตรวจครั้งแรกพบผลผิดปกติให้หน่วยบริการ/สถานพยาบาลติดตามเพื่อการตรวจซ้ำ เพื่อ การตรวจยืนยันการวินิจฉัยโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่าชดเชยบริการสำหรับค่า ดำเนินการตรวจยืนยันในอัตราไม่เกิน 250 บาท/ราย แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาล ซึ่งหน่วยบริการ/ สถานพยาบาลจะต้องรายงานข้อมูลผลการตรวจรายบุคคลตามแบบที่กำหนด (ภาคผนวก 5)

ทั้งนี้ ไม่ว่าจะหน่วยบริการ/สถานพยาบาล หรือ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์/ ซึ่งจะเป็นผู้ขอรับค่า ชดเชยบริการ จะต้องรายงานข้อมูลผลการตรวจรายบุคคลตามรูปแบบรายกำหนด ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล

- 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
- 2) เลขประจำตัวประชาชนมารดา
- 3) สิทธิการรักษาพยาบาล
- 4) เลขประจำตัวประชาชนทารก (ถ้ามี)
- 5) วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดตรวจ
- 6) วัน / เดือน ปี เกิดของทารก
- 7) ประเภทการตรวจ (คัดกรอง TSH หรือ ตรวจยืนยัน (Serum TSH))
- 8) ผลการตรวจ (ปกติ/ผิดปกติ)

6. การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และเคลือบหลุมร่องฟันในเด็ก

เป้าหมาย

เด็กวัยเรียน/เด็กลงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1, 3 และ 6 ทุกสิทธิ ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและบริการเคลือบหลุมร่องฟันที่มีปัญหาหลุมร่องฟันลึกในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่ 2

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

1. หน่วยบริการที่ให้บริการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก เด็กวัยเรียน/เด็กลงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1, 3 และ 6 โดยทันตบุคลากร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการสำรวจทันตสุขภาพและแนวทางที่กำหนดโดยกรมอนามัย ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายชดเชยค่าบริการในการตรวจสอบสุขภาพช่องปากในอัตราไม่เกิน 7 บาท ต่อคน โดยหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลใน Sealant Program

2. หน่วยบริการที่ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งแก่เด็กวัยเรียน/เด็กลงเรียนชั้นประถมปีที่ 1 และฟันกรามแท้ซี่ที่สองแก่เด็กวัยเรียน/เด็กลงเรียนชั้นประถมปีที่ 6 โดยทันตบุคลากร ทั้งที่จัดในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ โดยใช้วัสดุและเครื่องมือที่มีมาตรฐานสามารถให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันที่มีคุณภาพ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยค่าบริการเคลือบหลุมร่องฟันในอัตราไม่เกิน ซี่ละ 130 บาท โดยหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลใน Sealant Program

3. เด็กวัยเรียน/เด็กลงเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 และ 6 ที่ตรวจพบว่าฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแล้วมีการหลุดออกของสารเคลือบหลุมร่องฟันบางส่วนหรือทั้งหมด จะได้รับการซ่อมโดยการเคลือบเพิ่มเติมใหม่ ซึ่งไม่สามารถเบิกค่าชดเชยได้

โดยข้อมูลที่หน่วยบริการต้องบันทึกใน Sealant Program ประกอบด้วย

- 1) รหัสหน่วยบริการ
- 2) เลขประจำตัวประชาชน
- 3) วัน/เดือน/ปี ที่ให้บริการ
- 4) สังกัดของโรงเรียน (เช่น กระทรวงศึกษาฯ เทศบาล เอกชน ฯลฯ)
- 5) ผลการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก
- 6) ผลการให้บริการ Sealant (กรณีมีการให้บริการ Sealant)
- 7) ชื่อผู้ให้บริการ
- 8) เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะของทันตแพทย์ที่รับผิดชอบ

7. การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic diseases) และ

8. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic diseases)

รูปแบบกิจกรรมดำเนินการ

1. การตรวจคัดกรองความเสี่ยง

การตรวจคัดกรองความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม (Verbal screening) การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการวัดเส้นรอบพุง โดยเป็นการตรวจคัดกรอง ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกราย เพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยง 10 ด้าน ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การบริโภค การขับชี่ยานพาหนะ การอนามัยเจริญพันธุ์ และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และโรคอ้วนลงพุง โดย อสม. ในชุมชน

1.2 การตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง (Confirm screening) ในรายที่มีผลการคัดกรองด้วย Verbal screening แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงหรือ หลอดเลือดสมอง ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป หรือโรคอ้วนลงพุง ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วยการประเมินความเสี่ยงจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแบบการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง (ภาคผนวก 6) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินการเฉพาะกลุ่มที่ผ่านการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง (Confirm screening) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หลอดเลือดสมอง/โรคอ้วนลงพุงจริง ในรูปแบบโครงการซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตามแบบฟอร์มนำเสนอโครงการที่กำหนด (ภาคผนวก 7)

กลุ่มเป้าหมาย

1. การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วย Verbal screening สำหรับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกสิทธิ ทุกวัย ครอบคลุมทุกพื้นที่

2. การตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง (Confirm screening) ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง โรคอ้วนลงพุง จำนวนประมาณ 4,400,000 ราย ในผู้ที่มีผลการคัดกรองด้วย Verbal screening ในระหว่างปี 2549 -2553 แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป หรือเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง ในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ยกเว้นรายที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นกลุ่มป่วยและกำลังบำบัดรักษา

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวนประมาณ 200,000 ราย สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และโรคอ้วนลงพุง จากผลการประเมินค่า FBS, BP, เส้นรอบพุง แล้วเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) มีค่า FBS ระหว่าง 100 -125 mg/dl หรือ ≥ 126 mg/dl (ยกเว้นรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานและได้รับการรักษา)
- 2) มีค่า Systolic BP ระหว่าง 130-139 mmHg หรือ Diastolic BP ระหว่าง 80-89 mmHg หรือ $\geq 140/90$ (ยกเว้นรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษา)
- 3) มีเส้นรอบพุง ≥ 90 cm ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 cm ในผู้หญิง

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่ายเงิน

1. การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วย Verbal screening ให้ดำเนินงานโดยงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (P&P Area-based service) หรือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2. การตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยง (Confirm screening) ต่อการเกิดภาวะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง โรคอ้วนลงพุง ดำเนินการโดยใช้งบ P&P Express demand service ในส่วนจัดสรรตามผลการให้บริการกิจกรรมคัดกรองความเสี่ยงในอัตรา 50 บาท/ราย เบิกจ่ายภายหลังหน่วยบริการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองรายบุคคลผ่านโปรแกรม PPIS ข้อมูลผลงานที่ผ่านการตรวจสอบแล้วเท่านั้นที่ได้รับการพิจารณาเบิกจ่าย ทั้งนี้รายละเอียดการตรวจสอบได้แก่

- 1) ต้องไม่ซ้ำกับรายที่ได้มีการบันทึกผลการคัดกรองในโปรแกรมแล้วในปี 2553
- 2) รายการข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม PPIS ต้องครบถ้วนตามรายการที่กำหนดให้บันทึกได้แก่
 1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน, หน่วยบริการที่คัดกรอง (Hcode), วันเดือนปีที่คัดกรอง
 2. ข้อมูลผลการคัดกรอง ทั้งในส่วนที่เป็นการสัมภาษณ์โดยบุคลากรสาธารณสุข ผลการตรวจร่างกายและผลเลือดทางห้องปฏิบัติการตามแบบการตรวจคัดกรองที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (ภาคผนวก 6) โดยการตรวจขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงของแต่ละโรคตามมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติขององค์การวิชาชีพในประเทศไทย

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดสรรเงินกองทุนให้หน่วยบริการ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามจำนวนรายชื่อเป้าหมายที่ระบุในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในอัตราไม่เกิน 2,000 บาท/ราย ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมและการพิจารณาของ สปสช. เขต โดยแนวทางการพิจารณานุมัติโครงการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ดังนี้

- 1) ต้องมีการลงทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงรายบุคคลในโปรแกรม PPIS และหน่วยบริการหรือสถานพยาบาลควรจัดทำทะเบียนประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

- 2) ต้องเป็นกิจกรรมให้ความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มพูนทักษะ ลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มเสี่ยงใน 3 ด้าน (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) เป็นอย่างน้อย รวมถึงการเสริมพลังแก่กลุ่มเสี่ยง โดยเนื้อหาหลักสูตรควรมีการอ้างอิงด้านวิชาการประกอบ
- 3) ต้องเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการ
- 4) มีการติดตาม ประเมินผล และรายงานผลอย่างต่อเนื่องตลอดโครงการ รวมทั้งให้มีการประเมินผล 6 เดือนภายหลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอย่างน้อย ในกิจกรรมที่มีภาวะเสี่ยง และมีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม PPIS
- 5) ให้ชุมชน หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทและส่วนร่วมในการดำเนินงาน ในลักษณะชุมชนลดเสี่ยงโรคเรื้อรัง
- 6) เมื่อเสร็จสิ้นโครงการต้องมีการสรุปประเมินผลโครงการและรายงานผลให้ผู้บังคับบัญชา และสำนักงานฯ เขต โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้
 1. สรุปผลกิจกรรมการดำเนินงาน
 2. เอกสาร คู่มือแนวทางการดำเนินงาน
 3. ผลผลิต/ผลลัพธ์
 4. สรุปวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค

7) โครงการต้องไม่เป็นกิจกรรมนอกพื้นที่จังหวัดที่ตั้งของหน่วยบริการ

การจัดสรรเงินกองทุนจัดสรรเป็น Global ระดับเขต โดยแบ่งงวดการจ่ายเป็นดังนี้

งวดที่ 1 จัดสรรไม่เกินร้อยละ 75 ภายในมีนาคม 2553 เมื่อ

- 1) มีทะเบียนรายชื่อ (หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน) กลุ่มเสี่ยงที่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 2) โครงการที่ผ่านการอนุมัติแล้วจากสปสช.เขต
- 3) มีการลงผลการคัดกรอง Confirm screening ของกลุ่มเสี่ยงลงในโปรแกรม PPIS ตามภาวะเสี่ยงที่ตรวจครบทุกรายที่เข้าร่วมโครงการ
- 4) มีการบันทึกโครงการในโปรแกรม PPIS เพื่อออกเลขรหัสโครงการ

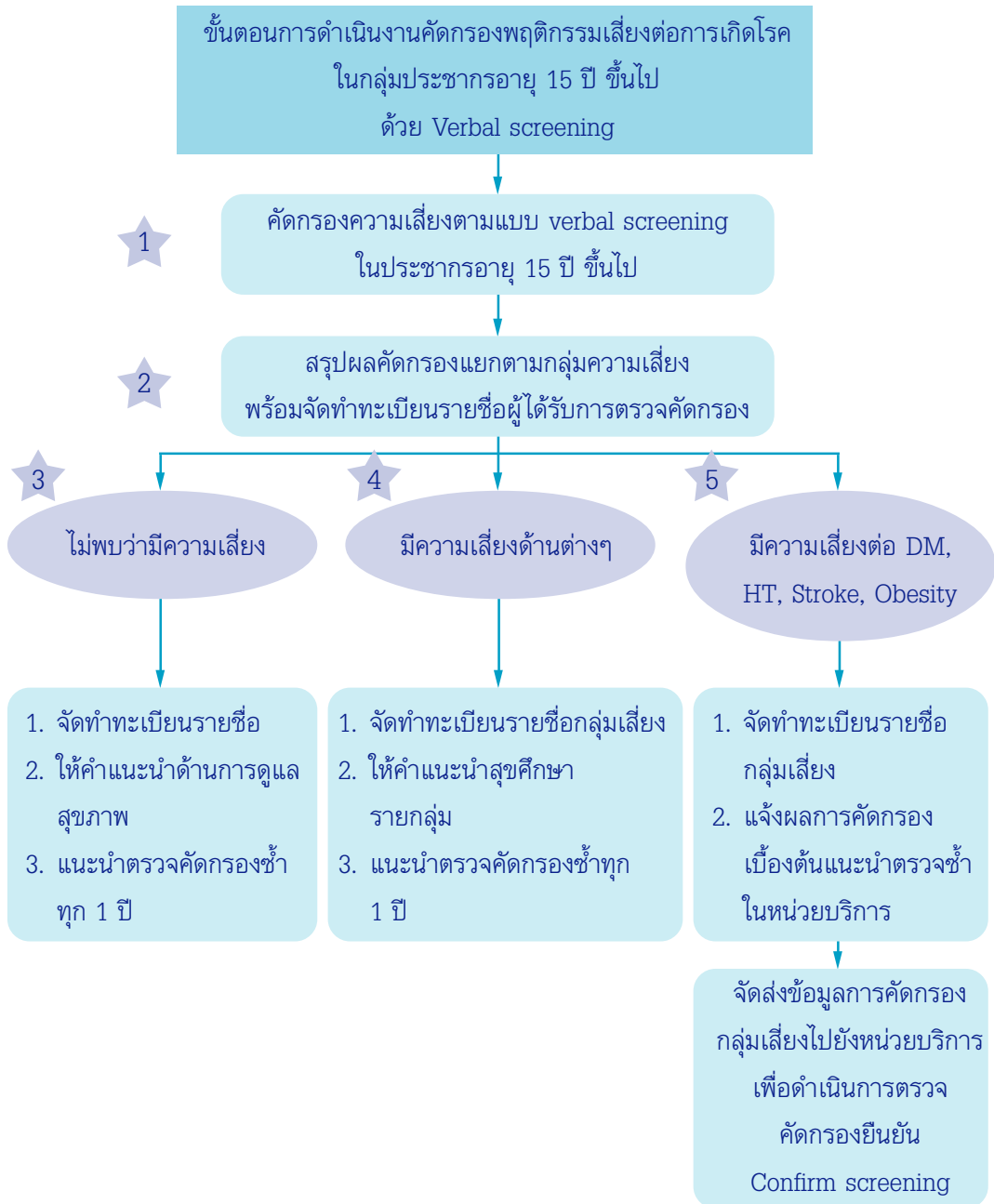
งวดที่ 2 จัดสรรไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ภายในพฤศจิกายน 2553 เมื่อ

หน่วยบริการบันทึกผล FBS/BP/BMI/เส้นรอบพุงของกลุ่มเสี่ยงครบทุกราย ลงในโปรแกรม PPIS ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว 6 เดือน

ข้อมูลผลงานที่ผ่านการตรวจสอบแล้วเท่านั้นที่ได้รับการพิจารณาเบิกจ่าย ทั้งนี้ ต้องไม่ซ้ำกับรายที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปแล้วในปีเดียวกัน

กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงาน

แผนภูมิที่ 1



กิจกรรม 1 - 4 : ใช้งบประมาณ P&P Area based service หรืองบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามหลักเกณฑ์ของกองทุน อบต.

กิจกรรม 5 : ใช้งบประมาณ PPE (การจัดสรรตามผลการให้บริการ) ทยละ 50 บาท

แผนภูมิที่ 2

ขั้นตอนการดำเนินงานคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อโรค
กลุ่ม Metabolic โดยบุคลากรสาธารณสุข

จากแผนผังที่ 1
ขั้นตอนที่ 5

ตรวจคัดกรองยืนยัน Confirm screening กลุ่มเสี่ยงต่อโรค Metabolic
โดยการตรวจหาค่า BMI, เส้นรอบพุง, (FBS/PPG), BP

บันทึกข้อมูลผลการคัดกรองให้ครบถ้วนตามรายการที่กำหนด
ไว้ในการคัดกรอง (ภาคผนวก 6) ลงใน โปรแกรม PPIS

ผลปกติ

ให้คำแนะนำและตรวจ
คัดกรองซ้ำทุก 1 ปี

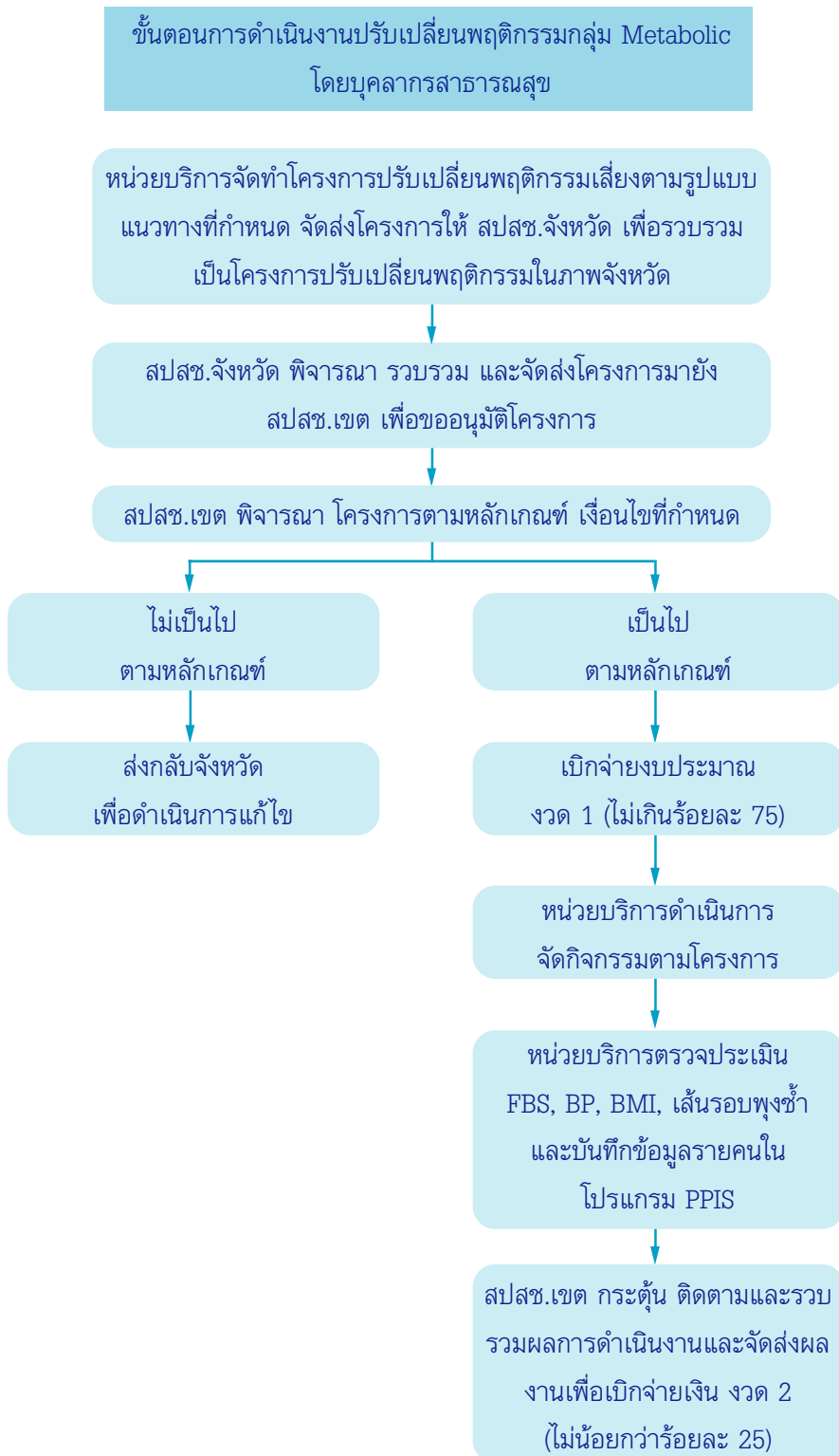
วินิจฉัยว่าเสี่ยง หรือ
Pre DM, Pre HT, เสี่ยง
Stroke, อ้วนลงพุง

1. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรค Metabolic
2. จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วินิจฉัยว่าเป็นโรค

ส่งต่อเพื่อการรักษา

แผนภูมิที่ 3



9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เป้าหมาย

หญิงไทยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม (ยกเว้นสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เนื่องจากได้รับสิทธิแล้ว) ที่มีอายุ ระหว่าง 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ในผู้หญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30- 60 ปี/หรือ
2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA ในผู้หญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-45 ปี ในพื้นที่ที่มีบุคลากรผ่านการอบรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (โดยกรมอนามัย) และการจี้ด้วยความเย็น (Cryotherapy) ในรายที่พบผิดปกติ

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการลงใน Cervical screening program และทำการจัดส่งข้อมูลให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะจ่ายชดเชยค่าบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้ตามข้อมูลที่ได้รับรายงานและตรวจสอบความถูกต้องจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยต้องมีผลการคัดกรอง (ผลอ่านเซลล์หรือผลการทำ VIA) ซึ่งจะจ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในอัตรา ดังนี้

1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราไม่เกิน 250 บาท/ราย (รวมค่าป้ายและค่าอ่านผล)
 2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic Acid) จ่ายชดเชยค่าบริการ ดังนี้
 - 2.1 การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราไม่เกิน 70 บาท/ราย
 - 2.2 การจี้ด้วยความเย็น (Cryotherapy) จ่ายชดเชยค่าบริการในอัตราไม่เกิน 160 บาท/ราย
- การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลเพื่อประกอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ ประกอบด้วย ข้อมูล ดังนี้
1. เลขรหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
 2. ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
 3. เลขรหัสประจำตัวประชาชน (ต้องไม่ซ้ำในปีเดียวกัน)
 4. ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ
 5. วันเดือนปีเกิด
 6. สิทธิการรักษาพยาบาล
 7. วันเดือนปีที่รับบริการ
 8. ผลการตรวจคัดกรอง (เซลล์วิทยาในกรณีการทำ Pap smear และผลจากการทำ VIA)

10. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

เป้าหมาย

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง และ ไตวายเรื้อรัง) ได้รับการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (เมื่อผลการคัดกรองด้วย 2 คำถาม หรือ 15 คำถาม ให้ผลบวก), ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (เมื่อคะแนนการประเมินด้วย 9 คำถาม ≥ 7) และให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในรายที่ผลประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม ให้ผลบวก และส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา ในพื้นที่/หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่มีบุคลากรผ่านการอบรมระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า (โดยกรมสุขภาพจิต)

หลักเกณฑ์/เงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะต้องบันทึกข้อมูลการให้บริการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในโปรแกรมสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และทำการส่งออกข้อมูลให้กรมสุขภาพจิต เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตามข้อมูลที่ได้รับรายงานและตรวจสอบความถูกต้องจากกรมสุขภาพจิต ซึ่งจะจ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในอัตราไม่เกิน 300 บาท/ราย/ปี (เฉพาะรายที่มีผลการคัดกรองและประเมินด้วย 9 คำถาม ≥ 7) โดยแบ่งจ่าย ดังนี้

- ครั้งที่ 1** จ่าย 200 บาท เมื่อดำเนินกิจกรรม ดังนี้
ประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม และให้สุขภาพจิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- ครั้งที่ 2** จ่าย 100 บาท เมื่อดำเนินกิจกรรม ดังนี้
ติดตามประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม อย่างต่อเนื่อง ทุกเดือน อย่างน้อย 4 ครั้งและมีผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม (ตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดของกรมสุขภาพจิต)

การตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลเพื่อประกอบการจ่ายชดเชยค่าบริการ ประกอบด้วย ข้อมูล ดังนี้

- 1) เลขรหัสหน่วยบริการ
- 2) ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล
- 3) รหัส ICD-10 โรคเรื้อรัง
- 4) เลขรหัสประจำตัวประชาชน (ต้องไม่ซ้ำในปีเดียวกัน)
- 5) ชื่อ สกุล ผู้รับบริการ
- 6) วันเดือนปีเกิด

- 7) สิทธิการรักษาพยาบาล
- 8) วันเดือนปีที่รับบริการตรวจประเมินและให้สุขภาพจิตศึกษา
- 9) ผลการตรวจประเมินฯ ด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม

กรณีส่งต่อพบแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัย (ด้วยแบบประเมินฯ 9 คำถาม) และในรายที่แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและต้องติดตามผลการรักษาด้วยแบบประเมินฯ 9 คำถาม (ตามคู่มือการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า) นั้น ไม่อยู่ในเงื่อนไขการจ่ายชดเชยค่าบริการ

ระยะเวลาการจ่ายชดเชยค่าบริการตามผลการให้บริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดจัดสรรค่าชดเชยบริการตามรายการและอัตราที่กำหนดแก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลจากงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Expressed demand) ดังนี้

1. กรณีรายการที่กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลในโปรแกรม e-claim โปรแกรมจะตัดข้อมูลและออกรายงานการจ่ายเงินตามรอบของผู้ป่วยนอกในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กำหนดเป็นรายเดือน) โดยแจ้งผลการจ่ายเงินตาม www.nhso.go.th >> NHSO Budget ซึ่งสำนักงานจะโอนงบประมาณแก่หน่วยบริการโดยตรง

2. กรณีรายการที่กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลในระบบรายงานหรือโปรแกรมอื่น เช่น 12 + 8 แพ้ม 18 แพ้ม โปรแกรม Cervical screening โปรแกรม PPIS โปรแกรมสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และ แบบรายงานที่กำหนด (ภาคผนวก 5) โดยหน่วยบริการจะต้องบันทึกข้อมูลและจัดส่งข้อมูลการให้บริการทุกเดือน และสำนักงานกำหนดตัดข้อมูลทุกสิ้นเดือนในแต่ละไตรมาส พร้อมทั้งจัดสรรค่าชดเชยบริการตามผลงานแก่หน่วยบริการ (โดยจัดสรรผ่าน สำนักงานฯ สาขาจังหวัด) เป็นรายไตรมาส (ยกเว้น Sealant Program ตัดจ่ายเป็นรายเดือน) โดยแจ้งผลการจ่ายเงินตาม www.nhso.go.th >> NHSO Budget ดังนี้

ระยะเวลาที่กำหนดตัดข้อมูลผลงานในแต่ละโปรแกรม	ระยะเวลาในการจัดสรรเงิน
31 ธันวาคม 2552	ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2553
31 มีนาคม 2553	ภายในวันที่ 15 พฤษภาคม 2553
30 มิถุนายน 2553	ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2553
31 ตุลาคม 2553	ภายในวันที่ 15 ธันวาคม 2553

ในกรณีที่มีการเรียกเก็บค่าบริการซ้ำซ้อน สำนักงานฯ จะจัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลในรายที่มีการให้บริการและจัดส่งข้อมูลแก่สำนักงานฯ ก่อนเท่านั้น ทั้งนี้ ภายหลังการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลแล้วตรวจพบว่า หน่วยบริการ/สถานพยาบาลมี

การเรียกเก็บค่าบริการเกินจริงหรือไม่ถูกต้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะดำเนินการเรียกเงินคืนดังกล่าวตามข้อบังคับที่กำหนด (ภาคผนวก 7)

การอุทธรณ์ข้อมูลและการจัดสรรงบประมาณตามผลงาน

หน่วยบริการ/สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถขออุทธรณ์ได้หลังรับทราบรายงานการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ อุทธรณ์ได้ทั้งข้อมูลที่ได้รับการพิจารณาจ่ายและข้อมูลที่ถูกปฏิเสธการจ่าย กำหนดให้ขออุทธรณ์ในรูปแบบเอกสาร ระยะเวลาในการขออุทธรณ์ ภายในเวลา 30 วัน (รวมวันหยุดทำการ) โดยนับจากวันที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แจ้งรายงานการจ่ายชดเชยค่าบริการ และการอุทธรณ์ครั้งสุดท้ายของรอบปีงบประมาณต้องดำเนินการอุทธรณ์ภายใน 30 พฤศจิกายน 2553 นับจากวันที่หนังสือออกจากหน่วยบริการ/สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตารางสรุปรายการจ่ายตามผลการให้บริการ (Itemized Purchasing) ปี 2553

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
1. ANC 1.1) ANC ครั้งแรก อายุครรภ์ <= 12 wk.	หญิงตั้งครรภ์ ทุกสิทธิ	● 500 บาท/คน	โปรแกรม e – claim	- จ่ายเพียงครั้งเดียวแก่หน่วยบริการ ที่มีการให้บริการและต้องมีครบบันทึก ข้อมูลที่ต้องครบถ้วน 1) เลขรหัสหน่วยบริการ 2) เลขประจำตัวประชาชน 3) สิทธิการรักษาพยาบาล 4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ 5) วัน เดือน ปีของประจำเดือน ครั้งสุดท้าย (LMP) 6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct/Hb, VDRL, HIV, Thalassemia (ผลตรวจคัดกรอง เบื้องต้น) , HBs Ag - จัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วย บริการ (cup) รายเดือน	- เป็นการ จ่ายเพิ่มเติม - การบริการ ฝากครรภ์ได้มี การเหมาจ่าย ค่าบริการแล้ว

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
1.2) ANC	เฉพาะสิทธิ ประกันสังคม (ส่งเงินไม่ครบ 7 เดือน)	<ul style="list-style-type: none"> ● ANC ครั้งแรก รายละเอียด 1,200 บาท ● ANC ครั้ง ต่อไปรายละเอียด 400 บาท 	โปรแกรม e - claim	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องเป็นผู้ที่ยังไม่ได้รับสิทธิจาก กองทุนประกันสังคม - ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน <ol style="list-style-type: none"> 1) เลขรหัสหน่วยบริการ 2) เลขประจำตัวประชาชน 3) สิทธิการรักษาพยาบาล 4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ 5) วัน เดือน ปีของประจำเดือน ครั้งสุดท้าย (LMP) 6) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ การ ได้แก่ Hct/Hb, VDRL, HIV, Thalassemia (ผลตรวจคัดกรอง เบื้องต้น) , HBs Ag - จัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วย บริการ (cup) รายเดือน 	สิทธิ สวัสดิการ ข้าราชการ (csmbbs) สามารถเบิก ได้ตามสิทธิ
2. การตรวจหลังคลอด (PNC)	สิทธิ UC สิทธิประกัน สังคม (SSS ส่งเงินสมทบไม่ ครบ 7 เดือน)	<ul style="list-style-type: none"> ● รายละเอียด 150 บาท (ไม่รวม คัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก) 	โปรแกรม e - claim	<ul style="list-style-type: none"> - การตรวจสุขภาพหลังคลอด หมาย ถึง การเข้ารับการตรวจภายในระยะ เวลา 6 สัปดาห์ภายหลังการคลอด บุตร โดยสามารถเบิกค่าตรวจได้ เพียงครั้งเดียว - ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน <ol style="list-style-type: none"> 1) เลขรหัสหน่วยบริการ 2) เลขประจำตัวประชาชน 3) สิทธิการรักษาพยาบาล 4) วัน/เดือน/ปี ที่คลอดบุตร 5) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ - จัดสรรค่าชดเชยบริการแก่หน่วย บริการ (cup) เป็นรายเดือน 	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
3. บริการวางแผน ครอบครัว	เฉพาะสิทธิ CSMBS & SSS (NON - UC)	ยาเม็ด = 40 บาท, ยาฉีด = 60 บาท, ห่วง = 500 บาท, ยาฝัง = 2,200 บาท (ต่อคนต่อครั้ง)	โปรแกรม e-claim สำหรับ รพ. และ 18 แห่ง สำหรับ สอ.	- ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน 1) เลขรหัสหน่วยบริการ 2) เลขประจำตัวประชาชน 3) สิทธิการรักษาพยาบาล 4) วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับบริการ 5) ชนิดของการคุมกำเนิด - จัดสรรค่าชดเชยบริการ ● Cup จัดสรรตรงหน่วยบริการ (รายเดือน) ● สอ. จัดสรรผ่าน สสจ. (รายไตรมาส)	สิทธิ UC จัดสรรพร้อม งบเหมาจ่าย รายหัว
4. บริการวัคซีน EPI	ประชาชนไทย ทุกสิทธิ	10 บาท/ครั้ง (ยกเว้น OPV)	18 , 12+8 แห่ง	- ต้องมีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามรายการดังนี้ 1) รหัสหน่วยบริการ/สถาน พยาบาล 2) เลขประจำตัวประชาชน 3) สิทธิการรักษาพยาบาล 4) วัน เดือน ปีเกิด 5) วัน เดือน ปี ที่รับบริการฉีด วัคซีน 6) ชนิดวัคซีนที่ได้รับตามรหัส มาตรฐานผนวก 3 กรณีวัคซีนที่ให้ในเด็กแรกเกิด ได้แก่ BCG (รหัส010) และ HB (รหัส041) ซึ่งยังไม่มียเลขประจำตัวประชาชนให้ จัดส่งข้อมูลเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) เพิ่มเติมด้วย - การจ่ายค่าชดเชยบริการเป็นราย ไตรมาส โดยจ่ายผ่าน สปสช.สาขา จังหวัด	วัคซีน สนับสนุนโดย งบ NPP

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
5. การตรวจ TSH	เด็กทุกสิทธิ	- ตรวจครั้งแรก 140 บาท/คน - การตรวจ ยืนยัน 250 บาท/คน (โดยตรวจจาก ซีรัม)	ตามแบบ รายงาน ของ สปสช. (ผนวก 4)	1. สปสช.จัดสรรค่าตรวจคัดกรอง TSH ในทารกแรกเกิด ดังนี้ 1.1 กรณีหน่วยบริการส่งตรวจที่ กรมวิทย์ฯ สปสช.จะจ่ายค่าตรวจ TSH แก่กรมวิทย์ฯ (แทนหน่วย บริการ)ในอัตราไม่เกิน 124 บาท/ราย (โดยกรมวิทย์ฯจะต้องรายงานผลการ ตรวจตามแบบที่สปสช.กำหนด) และ จ่ายค่าชดเชยบริการตรวจแก่หน่วย บริการในอัตราไม่เกิน 16 บาท/ราย (เฉพาะหน่วยบริการในโครงการ UC) 1.2 กรณีหน่วยบริการตรวจเองหรือ ส่งตรวจหน่วยงานอื่น สปสช.จะ จัดสรรค่าตรวจจำนวน 140 บาท/ราย แก่หน่วยบริการโดยตรง (โดยหน่วย บริการจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบตามจ่าย ค่าตรวจแก่หน่วยงานที่ส่งตรวจเอง) 2. กรณีที่ผลตรวจครั้งแรกพบผลผิด ปกติให้หน่วยบริการติดตามเพื่อการ ตรวจซ้ำเพื่อการยืนยันการวินิจฉัยโดย จะได้รับคำดำเนินการสำหรับการตรวจ ยืนยันรายละเอียดไม่เกิน 250 บาท/คน 3. สปสช.จะจัดสรรค่าตรวจคัดกรอง TSH ในทารกแรกเกิดแก่กรมวิทย์ฯหรือ หน่วยบริการ โดยต้องมีการรายงาน ข้อมูลดังนี้ 1) เลขรหัสหน่วยบริการ/สถาน พยาบาล 2) เลขประจำตัวประชาชนมารดา 3) สิทธิการรักษาพยาบาล 4) เลขประจำตัวประชาชนทารก (ถ้ามี) 5) วัน/เดือน/ปี ที่เจาะเลือดตรวจ	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
				6) วัน / เดือน ปี เกิดของทารก 7) ประเภทการตรวจ (คัดกรอง TSH หรือ ตรวจ ยีนยัน (Serum TSH)) 8) ผลการตรวจ (ปกติ / ผิดปกติ) 4. การจ่ายค่าชดเชยบริการเป็นราย ไตรมาส โดยจ่ายผ่าน สปสช. สาขา จังหวัด	
6. การตรวจสุขภาพ ช่องปากในเด็ก					
6.1) การตรวจ สุขภาพช่องปาก	เด็กทุกสิทธิ (ป.1 ป.3 และ ป.6)	7 บาท/คน	Sealant Program	- ให้บริการโดยทันตบุคลากร พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ให้เป็นไปตามมาตรฐานและ แนวทางที่กำหนดโดยกรมอนามัย	
6.2) การเคลือบหลุม ร่องฟัน	เด็กทุกสิทธิ เฉพาะป.1 (ฟันกรามแท้ ซี่ที่ 1) และ ป. 6 (ฟันกราม แท้ซี่ที่ 2)	130 บาท/ซี่	Sealant Program	- ให้บริการโดยทันตบุคลากร ทั้งที่ จัดในสถานพยาบาลและนอกสถาน พยาบาล - หน่วยบริการที่ให้บริการแล้วต้อง บันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนใน Sealant Program ดังนี้ 1) เลขบัตรประชาชน 2) สังกัดของรร. 3) รหัสหน่วยบริการ 4) ผลการตรวจสุขภาพช่องปาก 5) ผลการให้บริการ Sealant (กรณีทำ Sealant) 6) ชื่อผู้ให้บริการ 7) เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะของ ทันตแพทย์ที่รับผิดชอบ - การจ่ายค่าชดเชยบริการเป็น รายเดือน โดยจ่ายผ่าน สปสช. สาขา จังหวัด	พื้นที่ได้รับการ ทำ Sealant และเบิกจ่าย แล้ว เมื่อมี การหลุดออก ของสาร เคลือบหลุม ร่องฟันบาง ส่วนหรือ ทั้งหมด ต้อง ได้รับการซ่อม โดยการ เคลือบเพิ่ม เติมใหม่ ซึ่งไม่ สามารถเบิก ค่าชดเชยได้

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
7. การคัดกรอง ความเสี่ยง 4 โรค	ประชาชน ทุกสิทธิ (โรคอ้วน กลุ่ม อายุ 15 ปีขึ้นไป DM, HT, Stroke กลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไป)	50 บาท/ราย	โปรแกรม PPIS	จ่ายครั้งเดียว 50 บาทเมื่อตรวจสอบ - ต้องไม่ซ้ำกับรายที่ได้มีการบันทึก ผลการคัดกรองในโปรแกรมแล้วในปี 2553 - มีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและ ครบถ้วนตามรายการ ดังนี้ 1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เลข ประจำตัวประชาชน, รหัสหน่วย บริการที่คัดกรอง (Hcode), วัน เดือน ปี ที่คัดกรอง 2. ข้อมูลผลการคัดกรองทั้งใน ส่วนที่สัมภาษณ์โดยบุคลากร สาธารณสุข ผลการตรวจร่างกาย และผลเลือดทางห้องปฏิบัติการตาม แบบการตรวจคัดกรองที่ สปสช. กำหนด โดยการตรวจขึ้นกับปัจจัย เสี่ยงของแต่ละโรคตามมาตรฐานแนว ทางเวชปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพใน ประเทศไทย - การจ่ายค่าชุดเชยบริการเป็นราย ไตรมาส โดยจ่ายผ่าน สปสช. สาขา จังหวัด	
8. การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยง 4 กลุ่ม โรค	ประชาชน ทุกสิทธิ	ไม่เกิน 2000 บาท/ราย ทั้งนี้ ขึ้นกับความ เหมาะสมและ การพิจารณาของ สปสช. เขต ตาม หลักเกณฑ์และ เงื่อนไขที่กำหนด ในคู่มือฯ	โปรแกรม PPIS	การจัดสรรสำหรับกิจกรรมการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โครงการที่ เสนอให้เป็นไปตามแบบตัวอย่าง โครงการ (ผนวก 6) โดยรายละเอียด กิจกรรม ให้เป็นไปตามข้อ กำหนด หลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด โดย แบ่งการจัดสรรเป็น 2 งวด ดังนี้ <u>งวดที่ 1</u> ไม่เกิน 75% ภายในเดือน มีค. 2553 เมื่อ 1. มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่ ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
				<p>2. โครงการที่ผ่านการอนุมัติแล้วจากสปสช.เขต</p> <p>3. มีการลงผลการคัดกรอง Confirm screening ของกลุ่มเสี่ยงลงในโปรแกรมPPIS ตามภาวะเสี่ยงครบทุกรายที่เข้าร่วมโครงการ</p> <p>4. มีการบันทึกโครงการในโปรแกรม PPIS เพื่อออกเลขรหัสโครงการ</p> <p>งวดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 25% ภายในเดือนพ.ย. 2553 เมื่อ</p> <p>1. หน่วยบริการบันทึกผล FBS/BP/BMI/เส้นรอบพุง ของเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงในโครงการทุกราย ลงในโปรแกรม PPIS ภายหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว 6 เดือน</p> <p>2. ข้อมูลผลงานที่ผ่านการตรวจสอบแล้วเท่านั้นที่ได้รับการพิจารณาเบิกจ่าย ทั้งนี้ต้องไม่ซ้ำกับรายที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปแล้วในปีเดียวกัน</p>	
9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	หญิงไทย อายุ 30-60 ปี สิทธิ UC สิทธิประกันสังคม (SSS)	- Pap smear 250 บาท/ราย - VIA 70 บาท/ราย - การฉีดด้วยความเย็น 160 บาท/ราย	โปรแกรม Cervical screening	- ผู้ให้บริการต้องบันทึกข้อมูลประกอบด้วย : 1. รหัสหน่วยบริการ/สถานพยาบาล (Hcode) 2. ชื่อหน่วยบริการ/สถานพยาบาล 3. เลขประจำตัวประชาชน 4. ชื่อ-สกุลผู้รับบริการ, 5. วัน เดือน ปีเกิด 6. สิทธิการรักษาพยาบาล 7. วัน เดือนปีที่รับบริการ 8. ผลการตรวจคัดกรอง (ทั้ง Pap smear หรือ VIA)	

รายการกิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ราคา (บาท)	แหล่งข้อมูล สำหรับการ เบิก/จ่าย	เงื่อนไขการเบิกจ่าย/ แนวทางการจัดสรร	หมายเหตุ
				- การจ่ายชดเชยเป็นรายไตรมาส โดยจ่ายผ่าน สปสช.สาขาจังหวัด	
10. การดูแลเฝ้าระวัง โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ มีโรคเรื้อรัง	ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง (มะเร็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หลอดเลือด สมองและ ไตวายเรื้อรัง	300 บาท/ราย/ปี (เฉพาะรายที่มี ผลการประเมิน ด้วย 9 คำถาม มากกว่าหรือ เท่ากับ 7)	โปรแกรม สารสนเทศ การดูแล เฝ้าระวังโรค ซึมเศร้าระดับ จังหวัด	- ผู้ให้บริการต้องบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1. รหัสหน่วยบริการ (Hcode) 2. ชื่อหน่วยบริการ/สถาน พยาบาล 3. รหัส ICD-10 โรคเรื้อรัง 4. เลขประจำตัวประชาชน 5. ชื่อ-สกุล ผู้รับบริการ 6. วัน เดือน ปีเกิด 7. สิทธิการรักษาพยาบาล 8. วันเดือนปีที่รับบริการตรวจ ประเมินและให้บริการสุขภาพศึกษา ประเมินและให้บริการสุขภาพศึกษา 9. ผลการตรวจประเมินฯ ด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม - การจ่ายชดเชยเป็นรายไตรมาส โดยจ่ายผ่าน สปสช.สาขาจังหวัด แบ่งจ่าย 2 งวด <u>งวดที่ 1</u> จ่าย 200 บาท เมื่อดำเนิน กิจกรรม ประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม และให้สุขภาพ จิตศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม <u>ครั้งที่ 2</u> จ่าย 100 บาท เมื่อดำเนิน กิจกรรมติดตามประเมินด้วย 9 คำถาม และ/หรือ 8 คำถาม อย่างต่อ เนื่องทุกเดือน อย่างน้อย 4 ครั้ง และ มีผลการประเมินด้วย 9 คำถาม และ/ หรือ 8 คำถาม (ตามแนวทางการ ดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับ จังหวัดของกรมสุขภาพจิต)	

ส่วนที่ 3 ระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (P&P Area-based services)

1. แนวคิด

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้จัดสรรเงินกองทุน อัตรา 58.41 บาท/ประชากร (ไม่หักเงินเดือน) เพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับพื้นที่ โดยจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในอัตรา 40 บาท/ประชากร โดยมุ่งหวังให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 และส่งเสริมให้พื้นที่ค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการงบประมาณส่วนนี้ ดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณ PP area based service โดยอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต (อปสข.) และการบริหารงบประมาณให้ดำเนินการร่วมกันระหว่างสปลสข.เขตกับเขตตรวจราชการสาธารณสุข ในรูปแบบคณะกรรมการระดับเขต โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหา ของจังหวัด หรือเขตพื้นที่
- 2.2 เพื่อสนับสนุนและจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
- 2.3 เพื่อส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นให้หน่วยบริการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ
- 2.4 เพื่อกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด

3. กรอบการบริหารงบประมาณ

การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่

3.1 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3.1.1 กิจกรรมเน้นหนัก เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2552 รวมถึง รูปแบบ วิธีการ และแนวทางการดำเนินงานที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดเพิ่มเติม ทั้งนี้ ให้มีการจัดกิจกรรมเน้นหนัก เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนี้

- 1) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (โดยเฉพาะกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงโดยการสัมภาษณ์ การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพรวมทั้งการจัดการด้านข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น การจัดบริการในชุมชนงานอนามัยโรงเรียน) การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต
- 2) ส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด
- 3) สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่จัดทำกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่

3.1.2 กรอบเวลาขั้นตอนการดำเนินงานและเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการปี 2553 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ระยะเวลา	เอกสาร
1	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานฯ เขตและสำนักงานฯ สาขาจังหวัด ประชาสัมพันธ์และเปิดรับสมัครกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่พร้อมดำเนินการปี พ.ศ. 2553 ตามหลักเกณฑ์การคัดเลือกที่สำนักงานกำหนด จัดส่งกรอบวงเงินงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนและจำนวนประชากรทุกสิทธิรวมระดับจังหวัด (Global) และประชากรรายตำบลให้ สำนักงานฯ เขต - องค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลแสดงความจำนงสมัครเข้าร่วมกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพฯ ปี 2553 เปิดบัญชีกองทุน เตรียมคัดเลือกคณะกรรมการ 	สำนักงานฯ เขต/ สำนักงานฯ สาขาจังหวัด	1 สิงหาคม - 15 กันยายน 2552	
2	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานฯ เขตและสำนักงานฯ สาขาจังหวัด พิจารณากลับกรองพื้นที่ อบต. และเทศบาลที่แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด - สำนักงานฯ เขตรวบรวมเสนอคณะกรรมการหรือคณะทำงานพิจารณาเห็นชอบพื้นที่ที่เข้าร่วมดำเนินงานในปี พ.ศ. 2553 (ทั้งพื้นที่เดิมและพื้นที่ใหม่) - สำนักงานฯเขตชี้แจงและทำบันทึกข้อตกลงและแต่งตั้ง คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ พร้อมแจ้งรายชื่อองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล จำนวนประชากรและแจ้งยอดวงเงินที่ต้องโอนเงินเข้าบัญชี กองทุนหลักประกันสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล พร้อมทั้งจำนวนเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่เข้าร่วมให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อโอนเงิน 	สำนักงานฯ เขต/ สำนักภาคีฯ	15 กันยายน - ตุลาคม 2552	แบบฟอร์ม

ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ระยะเวลา	เอกสาร
3	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานฯ เขตตั้งเรื่องการเบิกจ่ายเงินและเพื่อความรวดเร็วให้จัดส่งข้อมูลตามบันทึกในแบบฟอร์มโดยแยกเป็นพื้นที่เดิมดำเนินการต่อปี พ.ศ. 2553 ส่งให้สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีตรวจทานความถูกต้องก่อนส่งต่อให้สำนักบริหารกองทุน เพื่อให้สามารถโอนเงินเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่เดิมได้ก่อน ภายในเดือน ตุลาคม 2552 - สำนักงานฯ เขตแจ้งจำนวนประชากรที่ไม่ได้เข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในแต่ละจังหวัดให้สำนักบริหารกองทุน - สำนักงานฯ เขตเตรียมจัดประชุมชี้แจง/จัดอบรมคณะกรรมการบริหารกองทุนเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ (พื้นที่เก่า เน้นคุณภาพของกิจกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการเป็นต้น ส่วนพื้นที่ใหม่สร้างความรู้ความเข้าใจด้านงานส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพฯ) 	สำนักงานฯ เขต/ สำนักภาคีฯ	ตุลาคม - พฤศจิกายน 2552	
4	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานฯ เขตตั้งเรื่องการเบิกจ่ายเงินพื้นที่สมัครใหม่ในปี พ.ศ. 2553 ตามแบบฟอร์มที่กำหนดส่งให้สำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีตรวจทานความถูกต้องภายในเดือนพฤศจิกายน 2552 (พื้นที่ใหม่ที่ไม่สามารถดำเนินการจัดตั้งได้ภายในเดือนพฤศจิกายน 2552 ขอให้สมัครเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ในปีงบประมาณ 2554) ก่อนส่งต่อให้สำนักบริหารกองทุน เพื่อโอนเงินเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายในเดือนธันวาคม 2552 	สำนักงานฯ เขต/ อปท./สำนักภาคีฯ	พฤศจิกายน - ธันวาคม 2552	
5	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานฯ เขตและสำนักงานฯ สาขาจังหวัดติดตามสนับสนุนให้ทุกพื้นที่ที่มีการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ 	สำนักงานฯ เขต/ สำนักงานฯ สาขาจังหวัด	ธันวาคม 2552 - มิถุนายน 2553	

ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ระยะเวลา	เอกสาร
	มีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนหรือแผนที่ยุทธศาสตร์ และทำกิจกรรม(เน้นโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง เอดส์ วัณโรค คนพิการ ผู้สูงอายุ) มีการบันทึกรายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส รายปี และรายงานการเงินอย่างต่อเนื่อง			
6	- สำนักงานฯ เขตและสำนักงานฯ สาขาจังหวัด จัดงานนวัตกรรมกองทุนระดับจังหวัด/เขต	สำนักงาน ฯ เขต/ สำนักงานฯ สาขาจังหวัด	สิงหาคม 2553	

3.1.3 หลักเกณฑ์การต่ออายุกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

- 1) กองทุนฯ มีการบันทึกข้อมูลและจัดส่งรายงานประจำปี/รายงานทางการเงิน
- 2) มีความพร้อมสมทบเงินและแต่งตั้งคณะกรรมการฯตามประกาศฉบับแก้ไขหลักเกณฑ์ ภายในเดือน ตุลาคม 2552
- 3) มีแผนสุขภาพชุมชนหรือแผนที่ยุทธศาสตร์ของกองทุนที่ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมต่อเนื่องทุกปี
- 4) ประธานกรรมการ ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเลขานุการ ผ่านการอบรมเพิ่มศักยภาพการบริหารกองทุน

3.1.4 หลักเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่กรณีสมัครเข้าร่วมกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปี 2553

- 1) ผู้บริหาร อบต.และเทศบาล เห็นชอบและประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยมีหนังสือแสดงความพร้อมของผู้บริหาร อบต.และเทศบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกัน
- 2) มีการตั้งงบประมาณหรือสมทบเงินในปี 2553 และเปิดบัญชีรองรับ
- 3) มีความพร้อมในการตั้งหรือคัดเลือกคณะกรรมการบริหารกองทุนแบบมีส่วนร่วม
- 4) มีนโยบายหรือแผนข้อมูลชุมชน,แผนชุมชนหรือแผนที่ยุทธศาสตร์ในพื้นที่
- 5) ประธานกรรมการ,เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเลขานุการผ่านการอบรมเตรียมความพร้อม ความเข้าใจกองทุน

3.2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่และชุมชน

แนวคิด

การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ชุมชน ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับเขต (อปสข.) กำหนดกรอบ หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณฯ และการบริหารงบประมาณให้ดำเนินการร่วมกันระหว่าง สปสช.เขต กับเขตตรวจราชการสาธารณสุข ในรูปแบบคณะกรรมการระดับเขต โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน ส่วนระดับจังหวัดให้อนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด มีบทบาทหน้าที่และรับผิดชอบต่องบประมาณและผลลัพธ์การจัดบริการงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชนในจังหวัด รวมทั้งการกำกับติดตามและประเมินผล

ขอบเขตกิจกรรมดำเนินการ

1. สนับสนุนการจัดพิมพ์สมุดบันทึกแม่และเด็ก และสมุดบันทึกสุขภาพนักเรียน
2. ดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยพิจารณาถึงปัญหาสำคัญที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาเฉพาะของพื้นที่ ภายใต้อข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) และให้มีการกำหนดแผนงาน/โครงการ รวมทั้งการกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
3. ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนและกระตุ้นหน่วยบริการให้จัดบริการเชิงรุกที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะในส่วนที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) ทั้งในส่วนเหมาจ่ายรายหัวประชากรและการจ่ายตามผลการให้บริการ ให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกัน
4. สนับสนุนและแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่กำหนดหรือนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
5. การจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กำหนดวงเงินไม่เกิน 10% ของงบประมาณที่หน่วยงานได้รับ และ ต้องเสนอคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) พิจารณาให้ความเห็นชอบ

กิจกรรมที่ยกเว้นดำเนินการ

1. การศึกษาดูงาน
2. การจัดซื้อ จัดหา ที่ดินสิ่งก่อสร้าง

ยกเว้น กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น พ.ศ. 2552

ขั้นตอนและแนวทางการจัดสรร

การจัดสรรงบประมาณกองทุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ ปี 2553 ได้มีการแบ่งการจัดสรรเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

1. จัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อัตรา 40 บาท/ประชากร สำหรับพื้นที่ที่มีการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
2. จัดสรรงบประมาณบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ อัตรา 18.41 บาท/ประชากร
3. เป็นการจัดสรรภาพรวมระดับเขต (Global budget) โดยจัดสรรให้แก่หน่วยบริการหน่วยงาน หรือองค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการจัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ขั้นตอนที่ 2 จัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในส่วนที่เหลือจากการจัดสรรเพื่อการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามข้อ 1.1 ให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัดและหน่วยบริการ

หมายเหตุ งบประมาณในส่วนนี้ควรมีการบูรณาการและต่อยอดการดำเนินงานเพื่อลดการใช้จ่ายงบประมาณที่อาจเกิดการซ้ำซ้อนและขาดประสิทธิภาพของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่

กรอบระยะเวลาขั้นตอนการดำเนินงานบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ และชุมชนปี 2553

ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ระยะเวลา	เอกสาร
1	สปสช. แจ้งกรอบวงเงินกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน และจำนวนประชากรทุกสิทธิรวมระดับจังหวัด (Global) และประชากรรายตำบล ให้สำนักงานฯเขต ทราบ	กองทุนส่งเสริมฯ/ สำนักภาคีฯ	ส.ค. 52	
2	สำนักงานฯ เขต จัดทำกรอบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรรเงินกองทุนฯ PP-Area based service เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับเขต/จังหวัด	สำนักงานฯ เขต/ อปสช./กองทุน ส่งเสริมฯ	ก.ย. - ต.ค. 52	
3	สำนักงานฯ เขต เสนอกรอบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจัดสรรเงินกองทุนฯ PP-Area based service ให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ระดับเขต (อปสช.) พิจารณาเห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขตภายใต้ อปสช.	สำนักงานฯ เขต/ อปสช.	ต.ค. 52	

ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบหลัก	ระยะเวลา	เอกสาร
4	สำนักงานฯ เขต ประสานงานกับ สำนักงานฯ สาขา จังหวัด ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	สำนักงานฯ เขต/ สำนักงานฯ สาขาจังหวัด	กย. – ตค. 52	
5	5.1 สำนักงานฯ สาขาจังหวัด จัดทำแผนยุทธศาสตร์/ แผนบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เชิงรุกและแผนปฏิบัติการระดับจังหวัดและอำเภอ 5.2 คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับ เขต พิจารณาแผนงานโดยการนำร่อง หรือพัฒนา รูปแบบการทำงานระดับเขต	5.1 สำนักงานฯ สาขาจังหวัด 5.2 สำนักงานฯ สาขาจังหวัด	กย. – ตค. 52	
6	สำนักงานฯ เขต จัดส่ง รูปแบบ วิธีการจัดสรรเงิน ซึ่ง อปสข. เห็นชอบแล้ว ให้ สปสข. ทราบ รวมถึงแผนการ จัดสรรงบประมาณ เป็นรายไตรมาส	สำนักงานฯ เขต	ตค. – พย. 52	
7	สำนักงานฯ เขต พิจารณาเบิกจ่ายเงินฯ ตามเงื่อนไข วิธีการ ที่กำหนด เช่น สัญญา ข้อตกลง การแสดง ความจำนอง	สำนักงานฯ เขต/ หน่วยงาน ผู้ดำเนินการ	ตค. 52 – กย. 53	
8	คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับเขต จัดให้มีคณะทำงานกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน และรายงานให้ อปสข. พิจารณา	สำนักงานฯ เขต		
9	สำนักงานฯ เขต วิเคราะห์รวบรวมและสรุปผลการ ดำเนินงาน (รายไตรมาส) ส่งให้ สปสข.	สำนักงานฯ เขต รายไตรมาส ทุกวันที่ 25 ของ เดือน ม.ค., เม.ย., กค และ พย.		แบบ ฟอร์มที่ กำหนด

บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. หน่วยบริการ

1.1 ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์และบันทึกข้อมูลการให้บริการรายบุคคลในระบบรายงานและโปรแกรมที่กำหนด รวมทั้งดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

1.2 จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้เข้ารับบริการ เพื่อให้สามารถติดตามได้ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

1.3 ตรวจรักษา /ส่งต่อในรายผิดปกติ

1.4 รวบรวมข้อมูล/จัดทำเป้าหมายการดำเนินงาน เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่และชุมชน โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอและตำบล

1.5 ประสาน ติดตามและรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบ ส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด เป็นรายเดือนตามรูปแบบวิธีการที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาจังหวัด กำหนด

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัด

2.1 บริหารจัดการในจังหวัดโดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบต้องงบประมาณและผลลัพธ์การจัดบริการงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของทุกหน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชนภายในจังหวัด

2.2 จัดทำแผนบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่เชิงรุกตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นไป และใช้เป็นกรอบการทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

2.3 รวบรวมข้อมูล/จัดทำเป้าหมายการดำเนินงานของจังหวัด เป้าหมายรายหน่วยบริการ

2.4 จัดระบบการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งสนับสนุนหน่วยบริการที่มีผลงานไม่บรรลุเป้าหมาย ให้สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด

2.5 บริหารจัดการการจัดสรรค่าชุดเซชตามผลงานแก่หน่วยบริการในพื้นที่

2.6 ประสาน ติดตามและรวบรวมรายงานผลการดำเนินงาน ส่งให้ สปสช.เขต ตามที่กำหนด

3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต

3.1 ประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์แนวทางการดำเนินงานแก่หน่วยงานและหน่วยบริการในพื้นที่

3.2 ให้คำปรึกษาแก่หน่วยงานและหน่วยบริการในพื้นที่

3.3 บริหารจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคร่วมกับเขตตรวจราชการสาธารณสุขในรูปแบบคณะกรรมการอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 ร่วมกำกับติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย

3.5 ตรวจสอบ/ติดตามข้อมูลรายงานผลงานที่มีการรายงานไม่ถูกต้อง

3.6 รวบรวม วิเคราะห์ แผน/ผลการดำเนินงาน และงบประมาณ

3.7 กำกับ ติดตามและสนับสนุนให้ สปสช.สาขาจังหวัด กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ รวมถึงหน่วยบริการ ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.8 รายงานผลการดำเนินงาน แก่ สปสช. ตามที่กำหนด

ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาระบบและกลไกการกำกับติดตามประเมินผลให้เข้มแข็ง โดยให้ระดับจังหวัด กำกับดูแลหน่วยงานระดับอำเภอ ตำบล และหน่วยบริการอื่นๆ ในจังหวัด ระดับเขตกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของจังหวัดและส่วนกลาง โดย สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข กำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานระดับเขตและภาพรวมประเทศ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือ

2. การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

เป้าหมาย

ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกกลุ่มอายุที่มีโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรค ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ทุกอายุ รวมเป้าหมายทั่วประเทศ ประมาณ 2.6 ล้านคน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ และการตายเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ โดยการให้วัคซีนในกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วย ที่มารับการรักษาที่คลินิกของโรงพยาบาล
3. เพื่อลดโอกาสการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนก ที่อาจทำให้การแพร่กระจายในมนุษย์ได้ง่ายขึ้น
4. เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลโรคไข้หวัดใหญ่ โรคแทรกซ้อน และการขาดงานแนวทางและขอบเขตการจัดสรรงบประมาณ

กรอบการบริหารงบประมาณ

ปี 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณในอัตรา 11.36 บาท ต่อหัวประชากร สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 47,239 ล้านคน เพื่อใช้สำหรับการจัดซื้อวัคซีนรวมระดับประเทศ กระจ่ายการเบิกจ่ายวัคซีนแก่หน่วยบริการ โดยผ่านระบบ VMI องค์การเภสัชกรรม และจัดสรรค่าบริหารจัดการแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ค่าดำเนินการให้แก่หน่วยบริการตามผลงาน ทั้งนี้รายละเอียด แนวทางการจัดสรรให้เป็นไปตาม คู่มือการดำเนินงานวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปี 2553

รายชื่อผู้รับผิดชอบงาน P&P ส่วนกลาง

ชื่อ - นามสกุล	รับผิดชอบงาน	โทรศัพท์ / Email- address
นพ.จักรกริช โง้วศิริ (ผู้จัดการกองทุน P&P)	ออกแบบระบบบริหาร จัดการงบประมาณกองทุน P&P ภาพรวมทั้งหมด	สำนักงาน 0-2141-5050 มือถือ 0-8487-4886-7 Jakkrit.n@nhso.go.th
นางสาวกฤษณา จงส่งเสริม	1. NPP 2. PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการ - ANC - PNC - บริการวางแผนครอบครัว - การคัดกรอง TSH	สำนักงาน 0-2141-4203 มือถือ 0-8475-1162-7 Kritsana.j@nhso.go.th
นางอัจฉรา จรัสสิงห์	1. PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการ - คัดกรองมะเร็งปากมดลูก - การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง	สำนักงาน 0-2141-4208 มือถือ 0-8438-7804-4 Achara.c@nhso.go.th
นางกาญจนา ศรีชมภู	1. PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการ - การคัดกรองความเสี่ยง - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	สำนักงาน 0-2141-4205 มือถือ 0-8996-9648-2 Kanchana.s@nhso.go.th
นางสาวจารวี รัตนยศ	1. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2. PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการ - การให้บริการวัคซีน EPI - การตรวจสุขภาพช่องปากฯ ในเด็ก	สำนักงาน 0-2141-4274 มือถือ 0-8142-9737-7 Jarawee.r@nhso.go.th
นายวัลลภ คชบก	งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (P&P Area-based services) ยกเว้นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	สำนักงาน 0-2141-4206 มือถือ 0-8475-1162-8 Walllop.k@nhso.go.th
นางอรจิตต์ บำรุงสวัสดิ์ (ผู้จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่)	ออกแบบระบบ จัดการงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ภาพรวม	สำนักงาน 0-2141-5051 มือถือ 0-8475-1094-3 Orajitt.b@nhso.go.th
นางกฤตาดูชลี เพ็ญภาค	กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	สำนักงาน 0-2141-4213 มือถือ 0-8992-1133-0 kriddanchalee.p@nhso.go.th

กรณีมีพบปัญหาการบันทึกผลงานในโปรแกรมของ สปสช. ติดต่อ IT Help desk 02-141-4200, 02-1414231-34

รายชื่อผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลผลบริการ PPE เพื่อการเบิกจ่าย

ชื่อ - นามสกุล	รับผิดชอบงาน	โทรศัพท์ / Email- address
นางบรรจง จำปา	ตรวจสอบข้อมูลผลการบริการ PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในทุกรายการ เพื่อเบิกจ่ายงบประมาณ	สำนักงาน 0-2141-4066 มือถือ 0-8470-0165-1 bunjong.c@nhso.go.th
นางเบญจมาศ เลิศชาคร	ตรวจสอบข้อมูลผลการบริการ PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในทุกรายการ เพื่อเบิกจ่ายงบประมาณ	สำนักงาน 0-2141-4069 มือถือ - benjamas.l@nhso.go.th
น.ส.สุคนธ์ทิพย์ สุทนต์	ตรวจสอบข้อมูลผลการบริการ PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการ ANC, PNC, FP, การดูแลเฝ้าโรคมะเร็งในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง	สำนักงาน 0-2141-4077 มือถือ 0-8920-2713-1 sukonthip.s@nhso.go.th
น.ส.มาลีสา พิมสอน	ตรวจสอบข้อมูลผลการบริการ PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจสุขภาพช่องปากฯ ในเด็ก	สำนักงาน 0-2141-4076 มือถือ 0-8190-3147-2 malisa.p@nhso.go.th
น.ส.ปวีณา วรรณวัฒนา	ตรวจสอบข้อมูลผลการบริการ PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการให้บริการวัคซีน	สำนักงาน 0-2141-4078 มือถือ 0-8678-7414-4 Paweena.w@nhso.go.th
น.ส.คณางค์ โพธิ์ตระกูล	ตรวจสอบข้อมูลผลการบริการ PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการการคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	สำนักงาน 0-2141-4077 มือถือ 0-8475-5518-1 kakanang.p@nhso.go.th
น.ส.บังอร บุระพิน	ตรวจสอบข้อมูลผลการบริการ PPE การจัดสรรตามผลการให้บริการในรายการการตรวจคัดกรอง TSH	สำนักงาน 0-2141-4076 มือถือ 0-8665-1199-7 bangon.b@nhso.go.th

รายชื่อผู้รับผิดชอบโปรแกรมบันทึกข้อมูล

ชื่อ - นามสกุล	สำนักงานเขต	โทรศัพท์ / Email- address
นพ.ภัทรวิรินทร์ อัดตะสาระ	Cervical Screening Program	สำนักงาน 0-2354-7025-29 ต่อ 2400 มือถือ 081-935-7334 nciict@yahoo.com
นางสมจิตร์ ประภากร		สำนักงาน 0-2354-7025-29 ต่อ 2602 มือถือ 081-703-9829 somjit_nci@hotmail.com
ผู้ดูแลระบบ	โปรแกรมสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคมะเร็งระดับจังหวัด	สำนักงาน 0-4531-2550

รายชื่อผู้รับผิดชอบงาน P&P สำนักงานฯ เขต

ชื่อ - นามสกุล	สำนักงานเขต	โทรศัพท์ / Email- address
นายขจรศักดิ์ เกษมกิตติธรรมากุล	เขต 1 เชียงใหม่	สำนักงาน 053-203-536-42 มือถือ 089-755-1630 kajohnsak.s@nhso.go.th
นางอัญชลี ฟ้าอำนาจผล	เขต 2 พิษณุโลก	สำนักงาน 055-245-111 มือถือ 085-053-9979 aunchalee.f@nhso.go.th
นางนฤกร ศรีสระหลวง	เขต 3 นครสวรรค์	สำนักงาน 056-371-831 มือถือ 085-727-2740 Narupom.s@nhso.go.th
นายอุดมศักดิ์ บุญอร่ามพงษ์	เขต 4 สระบุรี	สำนักงาน 036-213-205 มือถือ 089-062-6059 Udomsak.b@nhso.go.th
นางสาวชัชติกา แม่ประสาธา	เขต 5 ราชบุรี	สำนักงาน 032-332-590 มือถือ 083-042-4379 chattika.m@nhso.go.th
นายสุรพล เอกภวนิชสกุลพร	เขต 6 ระยอง	สำนักงาน 038-864-313 มือถือ 081-572-8890 surapol.a@nhso.go.th
นายวีระศักดิ์ ชนะมาร	เขต 7 ขอนแก่น	สำนักงาน 043-365-200-3 มือถือ 086-853-9600 Weerasak.c@nhso.go.th
นางสาวสุพรรณิ คำเพิ่มพูล	เขต 8 อุดรธานี	สำนักงาน 042-325-681 มือถือ 084-751-2473 supanee.k@nhso.go.th
นายวีระชัย ก้อนมณี	เขต 9 นครราชสีมา	สำนักงาน 044-248-870-4 มือถือ 089-949-1848 werachai.k@nhso.go.th
นางรวีวรรณ วันศรี	เขต 10 อุบลราชธานี	สำนักงาน 045-240-591 มือถือ 084-439-0144 Ravewan.v@nhso.go.th
นางชฎาพร ชูจุฬิพร	เขต 11 สุราษฎร์ธานี	สำนักงาน 077-274-811 มือถือ 085-883-3998 chadaporn.c@nhso.go.th
นางชนิษฐา สอนแสน	เขต 12 สงขลา	สำนักงาน 074-233-888 มือถือ 084-439-0124 Kanittha.s@nhso.go.th
นางบุญสง ชิวเรืองโรจน์	เขต 13 กรุงเทพฯ	สำนักงาน 02-962-2345 มือถือ 089-9696494 Boonsong.c@nhso.go.th