โรงพยาบาลยะลา
เลขที่รับ 9154
วันที่ 10 ก.ย. 2563
เวลา 15.10

ด่วนที่สุด

ที่ ยล ๐๐๓๒/ว ๑๒๐๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
๙๓ ถนนเทศบาล ๑ อำเภอเมืองยะลา
จังหวัดยะลา ๙๕๐๐๐

กลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ
เลขที่รับ 876/63
วันที่ 11 ก.ย. 63 เวลา 14.30 น.

๑๐ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง การคัดเลือกหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมฯ ประจำปี ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาที่ ยล ๐๐๓๒/ว ๑๑๕๒ ลงวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(NPCU) ที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกฯ และแนวทางการสมัครฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ได้ขอเชิญผู้รับผิดชอบงานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCC) เข้าร่วมประชุมเพื่อพิจารณาคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU) และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(NPCU) ที่ได้สมัครเพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ประจำปี ๒๕๖๔ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากจำนวน ๑๐ ทีม ให้เหลือเพียง ๓ ทีม และสำรอง ๒ ทีม ในวันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๓ ณ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ตามความที่แจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ได้ดำเนินการประชุมเพื่อพิจารณาคัดเลือก PCU และ NPCU ดังกล่าว เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงขอความร่วมมือท่านประสานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการให้ PCU หรือ NPCU ในสังกัดที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกฯ ดำเนินการสมัครขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมฯ ประจำปี ๒๕๖๔ รายละเอียดตามรายชื่อฯ และแนวทางการสมัครฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุชาติ อนันตะ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา

เห็นควรแจ้ง/มอบ
- ☑ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- ☐ กลุ่มงานสุขศึกษา
- ☐ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
- ☐ กลุ่มงานแพทย์แผนไทย
- ☑ CUP ระแงะ เบตง ยี่งอ รามัน

11/9/63

11/9/63

งานพัฒนาคุณภาพ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(NPCU) ที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกให้สมัครรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ประจำปี ๒๕๖๔ และแนวทางการสมัครฯ

๑. รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(NPCU) ที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือกให้สมัครรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ประจำปี ๒๕๖๔

ลำดับที่	ชื่อ PCU หรือ NPCU	อำเภอ	ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิภายในทีม
๑	NPCU ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓ เทศบาลนครยะลา (ธนวิถี - เวชกรรม)	เมือง ยะลา	๑. ศูนย์บริการสาธารณสุข ๓ เทศบาลนครยะลา (ธนวิถี)
			๒. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเวชกรรม
๒	NPCU ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองศาลาประชาคม	เบตง	๑. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองศาลาประชาคม
			๒. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองกิโลเมตรที่ ๓
๓	PCU รพ.สต.บ้านปูแล บาโร๊ะ	ยะหา	รพ.สต.บ้านปูแล บาโร๊ะ
สำรอง ๑	NPCU รพ.สต.บ้านทำนบ	บันนังสตา	๑. รพ.สต.บ้านทำนบ
			๒. รพ.สต.บ้าน กม.๒๖
สำรอง ๒	PCU รพ.สต.สะเตงนอก	เมือง ยะลา	รพ.สต.สะเตงนอก

หมายเหตุ ๑. จังหวัดยะลา ได้รับโควตาในการรับงบค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ประจำปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓ ทีม

๒. ลำดับที่ ๑ - ๓ จะเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ที่ประชุมมีมติให้ได้รับงบค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมฯ

๓. สำรอง ๑ และ สำรอง ๒ เป็นหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่สำรองไว้ โดยจะมีสิทธิก็ต่อเมื่อ สปสช. ได้พิจารณาให้ลำดับที่ ๑ หรือ ๒ หรือ ๓ ขาดคุณสมบัติ

๒. แนวทางการสมัครรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ ปี ๒๕๖๔

ให้ PCU และ NPCU ลำดับที่ ๑ – ๓ ซึ่งเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่ได้รับการพิจารณาให้สมัครรับงบค่าบริการ สาธารณสุขเพิ่มเติมฯ ดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ ส่งแบบสมัคร(หน่วย/เครือข่ายบริการปฐมภูมิ) / แบบสมัคร(ของ CUP) / แบบรับรองศักยภาพฯ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๓

๒.๒ ส่งไฟล์ข้อมูลทะเบียนต่างๆ ตามที่ สปสช.กำหนด (ข้อมูล ณ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ทาง e – mail : Qualityyala@hotmail.com ภายในวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๖๓ ประกอบด้วย

๒.๒.๑ ไฟล์ข้อมูลทะเบียนรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

๒.๒.๒ ไฟล์ข้อมูลทะเบียนหญิงตั้งครรภ์

๒.๒.๓ ไฟล์ข้อมูลทะเบียนเด็กแรกเกิด ถึง ๑ ปี

๒.๒.๔ ไฟล์ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน)

แนวทางการขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2564

สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2564

วัตถุประสงค์

เพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิที่จำเป็นสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง และเป็นธรรม

กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการ (ภาครัฐหรือภาคเอกชน) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และได้แสดงความจำนงว่ามีความพร้อมและมีศักยภาพการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ตามเกณฑ์ศักยภาพที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

การจัดสรรโควตา/เป้าหมายหน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย ระดับเขต ปี 2564

จัดสรรโควตาตามสัดส่วนหน่วยบริการ/เครือข่ายหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน จำแนกตาม สปสช. เขต ภายใต้จำนวนเป้าหมายระดับประเทศ ไม่เกิน 430 หน่วย

สปสช. เขต	จำนวนหน่วยบริการ/เครือข่ายหน่วยบริการ			จำนวนโควตา/เป้าหมาย รายเขต
	PCU	NPCU	รวมทั้งหมด	
1 เชียงใหม่	74	163	237	55
2 พิษณุโลก	51	70	121	28
3 นครสวรรค์	32	98	130	30
4 สระบุรี	69	93	162	37
5 ราชบุรี	68	67	135	31
6 ระยอง	116	54	170	39
7 ขอนแก่น	72	104	176	41
8 อุดรธานี	77	46	123	28
9 นครราชสีมา	98	80	178	41
10 อุบลราชธานี	50	64	114	26
11 สุราฎร์ธานี	60	64	124	29
12 สงขลา	65	120	185	43
รวม	**832**	**1023**	**1855**	428

สปสช.เขต 12 สงขลา ได้รับโควตา จำนวน 43 หน่วย

การจัดสรรโควตา/เป้าหมายหน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่าย เขต 12 สงขลา

จังหวัด	จำนวน PCU	จำนวน NPCU	รวม	จัดสรรโควตา
				รวม (PCU&NPCU)
สงขลา	20	27	47	11
สตูล	4	16	20	5
ตรัง	4	28	32	7
พัทลุง	4	17	21	5
ปัตตานี	12	12	24	6
ยะลา	6	8	14	3
นราธิวาส	15	12	27	6
รวม	65	120	185	43

แนวทางการบริหารค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2564

" เป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้มีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่จำเป็นสำหรับประชาชนทุกคน ทุกสิทธิ ในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง เป็นธรรม และเชื่อมโยง โดยการติดตามเยี่ยม กระตุ้นหรือสร้าง Health Literacy ให้ประชาชนมีองค์ความรู้ในการดูแลตนเองจนเกิดผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพ และเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้การดำเนินงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ"

โดยหน่วยบริการต้องมีศักยภาพ/ความพร้อมในการจัดบริการ ดังนี้

1. ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน ตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
2. มีบัญชีรายชื่อแพทย์ คู่กับ ปชช. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และประกาศให้ ปชช. รับทราบ
3. มีทะเบียน ปชช. กลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มเสี่ยง จำนวนอย่างน้อย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน) และมีข้อมูลพื้นฐานสามารถจัดบริการได้ (ข้อมูลสถานะสุขภาพ) ***โดยมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน***
4. มีระบบข้อมูล รองรับการบันทึกผลงานและระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงการรับ-ส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และรพ. ประจำแม่ข่าย
5. หน่วยบริการประจำแม่ข่าย (CUP) มีความพร้อมในการสนับสนุนบุคลากร ทรัพยากร และการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การจ่ายตามเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพบริการ สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2564

ปีงบประมาณ 2564 สปสช. จะจ่ายตามผลงานตัวชี้วัดหรือผลลัพธ์คุณภาพบริการที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะเบาหวาน ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (43 แฟ้ม/e-Claim)
2. เด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR1 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 (43 แฟ้ม)
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg% มากกว่าร้อยละ 50 (43 แฟ้ม)

Tempiate หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงเวลาเหมาะสมในการคัดกรอง ค้นหาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของทารก และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนหรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่สูงกว่าในกรณีจำเป็น
คำนิยาม	หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงมีครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยมีครรภ์ทุกสิทธิที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล สปสช.จาก 1) ข้อมูลแฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม 2) ข้อมูล e-claim 3) ทะเบียนหญิงมีครรภ์ ที่ส่งมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงมีครรภ์ตาม B ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ CID ของหญิงมีครรภ์ตาม B ที่มี GA <=12 wks
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยมีครรภ์ทุกสิทธิที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมด ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	นับ CID หญิงไทยมีครรภ์ทุกสิทธิที่อยู่ในทะเบียนหญิงมีครรภ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จากแฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม e-claim ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก (service date) ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ครั้งที่ 1: ต.ค. 63 - ก.พ. 64 และ ครั้งที่ 2: ต.ค. 63 – ก.ค. 64
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	OPPP individual จาก OOF ปี 2562 = 54.60% HDC ปี 2562 = 71.11% (12 ส.ค.2562)

Tempiate ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน หัด คางทูม และหัดเยอรมัน (MMR) ในเด็กอายุครบ 1 ปี

ตัวชี้วัด/รายงาน	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินการได้รับวัคซีน MMR1 ในเด็กอายุครบ 1 ปี
คำนิยาม	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กไทยอายุครบ 1 ปี ทุกสิทธิ ที่ได้รับวัคซีน MMR1
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุครบ 1 ปี ทุกสิทธิ ที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล สปสช. จาก 1) ข้อมูลแฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม 2) ทะเบียนเด็กอายุ 0 – 1 ปี ที่ส่งมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กไทยตาม B ที่ได้รับวัคซีน MMR1 ในช่วงเวลาที่วิเคราะห์
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ CID ของเด็กใน B จากแฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม ที่ได้รับวัคซีน MMR1 รหัสวัคซีน คือ 061 หรือ M11 (Service date) ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กไทยทุกสิทธิที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบและอยู่ในทะเบียนเด็ก 0 – 1 ปี ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีอายุครบ 1 ปี ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	นับและตรวจสอบ CID เด็กไทยอายุครบ 1 ปี ทุกสิทธิ ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64) จากทะเบียนเด็ก 0 – 1 ปี ของหน่วยบริการปฐมภูมิ
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ครั้งที่ 1: ต.ค. 63 - ก.พ. 64 และ ครั้งที่ 2: ต.ค. 63 – ก.ค. 64
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาหร่าย เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	1. การสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2556 =98.7% พ.ศ. 2561 =99.8% 2. OPPP individual OOF 2557=62.71%

Tempiate ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg %

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 mg%
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	ค่า HbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg% หมายถึง ค่า HbA1C ที่ตรวจครั้งสุดท้าย ภายในปีงบประมาณ มีค่าน้อยกว่า 7 mg%
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกสิทธิ์ ที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และมี Type area = 1 และ 3
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล สปสช. 1) แฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม 2) ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ที่ส่งมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกสิทธิ์ ตาม B ที่มีค่า bbA1C ในแฟ้ม LABFU -ของการตรวจครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 mg% ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	นับ CID ตาม B จากแฟ้ม OP/PP 43 แฟ้ม ที่วินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 ที่ได้รับการตรวจและมีค่า bbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg% (Service date) ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกสิทธิ์ที่ลงทะเบียนหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	นับและตรวจสอบ CID ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกสิทธิ์ที่วินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และอยู่ในทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายในช่วงเวลาที่วิเคราะห์ (1 ต.ค. 63 – 31 ก.ค. 64)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ครั้งที่ 1: ต.ค. 63 - ก.พ. 64 และ ครั้งที่ 2: ต.ค. 63 – ก.ค. 64
ระดับของข้อมูลรายงาน	ประเมินเป็นรายหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักบริหารการสาธารณสุขเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสาธร เรืองเดช สำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โทร 090-197-5286, email: saray.r@nhso.go.th
Baseline	

หลักเกณฑ์และแนวทางการจัดสรรค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ สำหรับหน่วยบริการ นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2564

การจัดสรรรอบที่ 1 จัดสรรให้ก่อน 25% = 125,000 บาท

การจัดสรรรอบที่ 2 จัดสรรให้อีก 75% (375,000 บาท) แต่จะเป็นการจัดสาตามผลงาน

<u>การคำนวณการจัดสรรรอบที่ 2</u> จ่ายตาม point system ตามการประเมินผลงานหรือผลลัพธ์คุณภาพบริการ

รายการ	ค่าน้ำหนัก	คะแนน					ผลรวมคะแนนงวด 1 (คะแนน x ค่าน้ำหนัก)	ผลรวมคะแนนงวด 2 (คะแนน x ค่าน้ำหนัก)
		1	2	3	4	5		
ร้อยละของหญิงทั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์	30	60 - 64	65-69	70 - 74	75-79	≥80	90	150
ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR1	30	75 - 79	80-84	85 - 89	90-94	≥ 95	60	120
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg%	40	39 - 41	42-44	45 - 47	48-50	> 50	40	160
						คะแนนรวมทั้งหมด	190	430

เกณฑ์คัดเลือกหน่วยบริการ ระดับพื้นที่ เขต 12 สงขลา เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุข เพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร (20 ส.ค.63)

1. ผลลัพธ์บริการ (3 KPI)

1.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์

1.2 ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ได้รับวัคซีน MMR1

1.3 อัตราของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่า HbA1C ครั้งสุดท้าย < 7 mg%

2. เน้นพื้นที่เขตเมือง > ชนบท หรือ UC > 65 %

3. แพทย์ประจำ 5 วัน/สัปดาห์

(มีแพทย์ผู้รับผิดชอบเต็มเวลา ไม่จำเป็นต้องอยู่ใน PCU/NPCU เต็มเวลา แต่ให้สามารถติดต่อให้คำปรึกษาได้ 5 วัน)

4. ข้อมูลทะเบียน 4 ชุด มีความครบถ้วน (1.ทะเบียน ปชช.กับแพทย์ 2.ทะเบียนคนท้อง 3.ทะเบียนเด็ก 4.ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)

มติที่ประชุม 8 กันยายน 2563 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
มีทีมที่สมัครปี 2564 จำนวน 10 แห่ง คัดเลือกให้เหลือเพียง 3 แห่ง ตามโควตาที่ได้รับการจัดสรรจากเขต 12 ผลการพิจารณา ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	อำเภอ	หมายเหตุ
1	NPCU ศสม.ธนวิถี (ทีมที่ 1 ของ PCC) 1.ศสม.ธนวิถี 2.ศสม.เวชกรรม	เมืองยะลา	กำหนดเกณฑ์การพิจารณาตามผลงาน 3 เรื่อง ได้แก่ 1.ฝากครรภ์ 12 สัปดาห์ 2.MMR 1 3.เบาหวานควบคุมได้ 4.จำนวนวันที่แพทย์ออกตรวจในแต่ละแห่ง
2	NPCU สสม.ศาลาประชาคม	เบตง	
3	PCU รพ.สต.บ้านปูแล บาโร๊ะ	ยะหา	
	สำรอง		
1	NPCU รพ.สต.ทำนบ	บันนังสตา	
2	PCU รพ.สต.สะเตงนอก	เมืองยะลา	

กำหนดเวลาดำเนินงาน

- จังหวัดพิจารณาตามหลักเกณฑ์เขต ส่งรายชื่อหน่วยบริการที่สมัครและใบสมัคร ตามโควตาของจังหวัด และสำรอง 2 หน่วยบริการ ให้เขตฯ ภายในวันที่ 20 กันยายน 2563 (เขตจะส่งส่วนกลางก่อน 30 ก.ย.2563)

- หน่วยบริการส่งไฟล์เอกสารเป็นแผ่น CD 3 แผ่น ไฟล์เอกสารประกอบด้วย 1.ทะเบียน ปชช.กับแพทย์ 2.ทะเบียนหญิงมีครรภ์ 3.ทะเบียนเด็ก 4.ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(ข้อมูล ณ 31 สิงหาคม 2563) เพื่อประกอบการรับงบประมาณ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2563 (เขตจะส่งส่วนกลาง 20 ต.ค.2563)

รายชื่อหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่มีความประสงค์ขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ประจำปี 2564

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิเดี่ยวหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ*	อำเภอ	ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่าย*	รหัสหน่วยบริการ	ชื่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงาน ๕ วันต่อสัปดาห์	ชื่อผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานประจำหน่วยหรือทีม	เบอร์โทรศัพท์
1	PCU รพ.สต.ชะแล้งนอก	เมืองชลบุรี	รพ.สต.ชะแล้งนอก	10028	แพทย์หญิง บุรณิดา กระจ่างมิตร	นางสาวิมาร กอไผ่	0813435120
2	NPCU รพ.สต.บ้านห้วย	บ้านบึงสหา	1. รพ.สต.บ้านห้วย	10041	แพทย์หญิง จิรวรา เลิศรณิชชา	นางสาวิณีรัน สายแสง	0899763709
			2. รพ.สต.บ้าน กม.26	10040			
3	NPCU ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 (เทศบาลนครชลบุรี)	เมือง	1. ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 (เทศบาลนครชลบุรี)	25562	นายแพทย์ จิตติ จิรกรณ์กุล	นางปวีณา หงษ์วิจิตร	0810952879
			2. ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 (เทศบาลนครชลบุรี)	77501		นางวรรณา ใต้ฉิมพัน	0830773158
4	PCU ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี	เมืองชลบุรี	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี	15226	แพทย์หญิง ชุลีกรณ์ หวังกิจกุล	นางจรรยพร ศิริมานนท์	0897382343
5	PCU ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี	เมืองชลบุรี	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชลบุรี	15227	แพทย์หญิง บุรินา ธนะโส	นางจรรยพร ศิริมานนท์	0897382343
6	PCU รพ.สต.บ้านบุโลน บางไร่	บางละมุง	รพ.สต.บ้านบุโลน บางไร่	10059	แพทย์หญิง รวยรุ่งโน โคตรเดื่อง	นางสาวอารยา ราศรีพยุงศักดิ์	0872945699
7	NPCU ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพัทยา	พัทยา	1. ศูนย์บริการสาธารณสุขเมืองพัทยา	77685	นายแพทย์ ศันสนีย์ ชาตเวที	นางรวมิลณสาย มูลิม	0883990837
			2. รพ.สต.บ้านอ่างศิลา	10055			
8	NPCU ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 (เทศบาลนครชลบุรี) (รับวันที่ – เวลาราชการ)	เมืองชลบุรี	1. ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 (เทศบาลนครชลบุรี) (รับวันที่)	26017	แพทย์หญิง วรินา ภาสิยกุล	นางจรรยพร ศิริมานนท์	0897382343
			2. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองพัทยา	99745			
9	PCU ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 (เทศบาลนครชลบุรี (มีเงื่อนไข 4)	เมืองชลบุรี	ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 (เทศบาลนครชลบุรี (มีเงื่อนไข 4)	26018	แพทย์หญิง ศิริวดี ไชยกนก	นางจรรยพร ศิริมานนท์	0897382343
10	NPCU รพ .สต.บ้านสารกรู	ศรีราชา	1. รพ.สต.บ้านสารกรู	10067	แพทย์หญิง ลุดาวัลย์ พูนศิริกุล	นางพรพิไลยา เสมือน	0887966539
			2. รพ.สต.บ้านบางพระ (เงื่อนไข)	10075			

หมายเหตุ *กรณีเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว กรุณารายงานชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิภายในเครือข่ายทั้งหมด

แบบสมัคร (หน่วย/เครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

จังหวัด/หน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ .....
รหัสหน่วยบริการ ..... จังหวัด .....

มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ดังนี้

( ) จัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว

โดยจัดบริการที่จำเป็นสำหรับประชาชนทุกคน ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งในหน่วยบริการ ที่บ้าน และในชุมชน อย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง และเป็นธรรม ควบคลุมบริการสัดส่วนที่ยอ ระดับครัวเรือน (Health Literacy) ให้ประชาชนมีองค์ความรู้ในการดูแลตนเองและเกิดผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพและเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้การดำเนินงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการ รวมถึงมีการปรับปรุงพระเบียบรายชื่อประชาชนกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง อย่างน้อย ๑ กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กอายุแรกเกิด ถึง ๕ ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะบางราย อย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน

ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ หน่วยบริการต้องจัดบริการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการที่องค์ค่องกับตัวชี้วัดของกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม ข้างต้น ดังนี้

๑) บริการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒) บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (Measles Mumps and Rubella; MMR) ครั้งที่ ๑ ในเด็กอายุครบ ๑ ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕
๓) บริการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี โดยมีค่า HbA๑C ครั้งสุดท้าย < ๗ mg% มากกว่าร้อยละ ๕๐

ทั้งนี้รายละเอียดตามแบบวิเคราะห์ศักยภาพความพร้อมการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัวตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ลงชื่อ ..... ผู้บริหารหน่วยงาน
(.....)
ตำแหน่ง .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

แบบสมัคร (ของ CUP)

เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ชื่อหน่วยบริการประจำแม่ข่าย (CUP) .....
รหัสหน่วยบริการ ..... จังหวัด .....

มีความประสงค์และยินดีเข้าร่วมดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ด้านบริการสาธารณสุขเพิ่มเติม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ที่มีศักยภาพที่ความพร้อม จำนวน ..... หน่วย ดังนี้

๑) หน่วยบริการปฐมภูมิเดี่ยว ได้แก่
๑.๑ ..... รหัสหน่วยบริการ .....
๑.๒ ..... รหัสหน่วยบริการ .....
๑.๓ ..... รหัสหน่วยบริการ .....
๒) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่
๒.๑ ..... รหัสหน่วยบริการ .....
๒.๒ ..... รหัสหน่วยบริการ .....
๒.๓ ..... รหัสหน่วยบริการ .....

ทั้งนี้รายละเอียดตามแบบสรุปวิเคราะห์ข้อมูลและผลการประกอบแบบสำรวจการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ที่แนบมาพร้อมนี้

ลงชื่อ ..... ผู้บริหารหน่วยงาน
(.....)
ตำแหน่ง ..... สสอ./รพ.
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

แบบรับรองศักยภาพ/ความพร้อมการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว สำหรับหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน (เมือง)/ศูนย์แพทย์ชุมชน/ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล ๆ ..... รหัสหน่วยบริการ .....
จังหวัด ..... เขตบริการสุขภาพที่ .....

มีความประสงค์ขอรับการคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการบริหารจัดการค่าบริการสาธารณสุขเพิ่ม สำหรับการบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว นอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยมีความพร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้

( ) เป็นหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชกฤษฎีการะบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีหน่วยงานกำกับกระทรวงสาธารณสุขประกาศหรือรับรองการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามผลการตรวจประเมินมาพร้อมนี้

( ) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเดี่ยว ที่มีประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ๔,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน โดยมีประชากรลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชกฤษฎีการะบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๔

( ) เป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มีประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบรวมกัน ๔,๐๐๐ - ๒๕,๐๐๐ คน โดยมีประชากรลงทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชกฤษฎีการะบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๔ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการภายในเครือข่าย ดังนี้ระบุชื่อด้วยไป

ลำดับที่	ชื่อหน่วยบริการ	รหัสหน่วยบริการ	ชื่อผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงาน	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์มือถือ
๑					
๒					
๓					
๔					
๕					

( ) รายชื่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงาน ๕ วันต่อสัปดาห์ ประจำหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่
นายแพทย์ ..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ .....
แพทย์หญิง ..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ .....
โดยมีโครงการเข้าสู่ระบบการรับรองคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดภายในวันที่ .....

( ) รายชื่อผู้รับผิดชอบเครือข่ายประสานงานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ที่แนบท้าย) ได้แก่
ชื่อ-สกุล .....
ตำแหน่ง ..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ .....

( ) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา
.....

( ) ระบบรายงานข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงอย่างน้อย ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ๒) กลุ่มเด็กอายุแรกเกิด ถึง ๕ ปี และ ๓) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผลการตรวจ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ลงชื่อ .....
(.....)
ตำแหน่ง .....
(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์พี่เลี้ยงการรับรองมาตรฐานเวชศาสตร์ครอบครัว)
ประจำหน่วยบริการ/เครือข่ายบริการปฐมภูมิ
วันที่ ..... / ..... / .....

บัญชีรายชื่อแพทย์คู่กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2563)

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว .....

ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (ชื่อแม่ข่าย) .....

ชื่อหน่วยบริการภายในเครือข่ายฯ 1 .....
2 .....
3 .....
4 .....
5 .....

ชื่อหน่วยบริการประจำแม่ข่าย (CUP) .....

เขตบริการสุขภาพที่ .....

หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
จังหวัด .....

ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	เลขประจำตัวประชาชน (CID)	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ (ปี)	สิทธิการรักษาหลัก	สถานะสุขภาพ/โรคประจำตัว	จำนวนสมาชิกแพทย์ครอบครัวรับผิดชอบ	พยาบาลประจำหน่วยที่สามารถปรึกษาได้

ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2563)

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว .....

ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (ชื่อแม่ข่าย) .....

ชื่อหน่วยบริการภายในเครือข่ายฯ 1 .....
2 .....
3 .....
4 .....
5 .....

ชื่อหน่วยบริการประจำแม่ข่าย (CUP) .....

เขตบริการสุขภาพที่ .....

หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
จังหวัด .....

ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	เลขประจำตัวประชาชน (CID)	วัน เดือน ปี เกิด	อายุ (ปี)	ครรภ์ที่	ประจำเดือนครั้งสุดท้าย	ครั้งที่มาฝากครรภ์	วันที่มารับบริการ	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ทำหัตถการ	สิทธิการรักษาหลัก	สถานะสุขภาพ/โรคประจำตัว

ทะเบียนเด็กแรกเกิด ถึง 1 ปี (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2563)

ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว .....

ชื่อเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (ชื่อแม่ข่าย) .....

ชื่อหน่วยบริการภายในเครือข่ายฯ 1 .....
2 .....
3 .....
4 .....
5 .....

ชื่อหน่วยบริการประจำแม่ข่าย (CUP) .....

เขตบริการสุขภาพที่ .....

หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
หน่วยบริการ .....
จังหวัด .....

ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....
ชื่อผู้ประสานงาน ..... เบอร์โทร .....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ที่อยู่	เลขประจำตัวประชาชน (CID)	ชื่อ - สกุล มารดา	ชื่อ - สกุล บิดา	วัน เดือน ปี เกิด (เด็กแรกเกิด - 1 ปี)	อายุ		วันที่ได้รับวัคซีน MMR 1	สิทธิการรักษาหลัก	สถานะสุขภาพ/โรคประจำตัว
							ปี	เดือน			