



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า

พ.ศ.๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขปรับปรุงหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า อย่างมีประสิทธิภาพ และความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๑ และ มาตรา ๓๖(๒) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ประกอบข้อ ๒ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ลงวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๙ และข้อ ๒๗.๑ ของเอกสารแนบท้ายประกาศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ยกเลิกประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.๒๕๕๘

ข้อ ๒ ในประกาศนี้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“สำนักงานเขต” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต

ข้อ ๓ หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) หรือเป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพ (UHOSNET) หรือผ่านการประเมินศักยภาพของสำนักงาน

ข้อ ๔ เกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ ๓ ประกอบด้วย

(๑) ด้านบุคลากร

(ก) มีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation physician) หรือมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและผ่านการอบรมหลักสูตรการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

(ข) มีพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ภายใต้การควบคุมกำกับของบุคลากรตาม (๑)(ก)

/ (๒) ...



**แบบแสดงความจำนง กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า**

เลขที่..... (สำหรับ สปสช.เขต)

วันที่..... (สำหรับ สปสช.เขต)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีหน่วย
บริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า
พ.ศ.๒๕๕๙ กำหนดให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพยื่นแบบแสดงความจำนง กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า นั้น

ในการนี้(ชื่อหน่วยงาน).....มีความประสงค์ ให้บริการอุปกรณ์
สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไข
การจ่ายเงิน ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินโครงการไม่แล้วเสร็จหรือไม่
ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

จึงเรียนมาเพื่อขอรับการสนับสนุนการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการ
เกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนดต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยงาน

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับ สปสช.เขต

สำนักงานได้ประเมินศักยภาพหน่วยบริการแล้ว เห็นควรให้หน่วยบริการ ให้บริการอุปกรณ์และเบิกจ่าย
ตามศักยภาพได้ ตามผลการประเมินของสำนักงาน ดังนี้

(.....) ๘๖๑๒ อุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้า หรือเป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับ
รองเท้าทั่วไปได้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง (Custom Insole)

(.....) ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

(.....) ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีเท้าผิดรูป เนื่องจากบางส่วนถูกตัด/ Charcot's foot ที่
ไม่สามารถหารองเท้าสำเร็จรูปได้

() อนุมัติ ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

พ.ร. ๗/๑๗

แบบประเมินศักยภาพการให้บริการตามประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกัน
การเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... รหัสหน่วย.....
เขต..... ประเภทหน่วยบริการ (UHOSNET, A, S, M๑, M๒, อื่นๆ)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามศักยภาพของหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑ ด้านบุคลากร

บุคลากร	ผลการตรวจ		ระบุชื่อ
	มี	ไม่มี	
๑. แพทย์ที่คลินิกเบาหวาน (ต้องมีอย่างน้อย ๑ ชื่อ)			
๑.๑ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๑.๒ แพทย์อายุรกรรม			
๑.๓ แพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมการควบคุมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน			
๒. บุคลากรอื่น (* จำเป็นต้องมีอย่างน้อยอย่างหนึ่ง)			
๒.๑ พยาบาลเฉพาะทาง* (การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)			
๒.๒ พยาบาลวิชาชีพ*			
๒.๓ นักกายภาพบำบัด*			
๒.๔ นักกายอุปกรณ์			
๒.๕ ช่างกายอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์			
๒.๖ ช่างตัด/ ช่างเย็บรองเท้า			
๒.๗ ช่างประกอบ/ ช่างแต่งรองเท้า			
๒.๘ อื่นๆ (ระบุ).....			

ส่วนที่ ๒ ด้านระบบบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ผ่านการรับรองด้าน (ระบุ รายละเอียดการรับรอง/ ปี)			
๒. มีคลินิก และทีม สหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานประจำ			
๓. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้า และความผิดปกติของเท้า			
๔. มีการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า รวมถึงการดูแลเท้าทั่วไป			
๕. มีบันทึกรับรองการส่งจ่ายอุปกรณ์รองเท้าโดยแพทย์ที่ให้การรักษา			
๖. มีการบันทึกการได้รับอุปกรณ์รองเท้าด้วยการลงลายมือชื่อ			
๗. มีการบันทึกข้อมูลในระบบการเบิกจ่ายของ สปสช. (E-Claim)			

๑๑ พค ๕๙

ส่วนที่ ๓ ด้านคุณภาพ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีระบบการบันทึกผลการใช้รองเท้า/ ความพึงพอใจ/ ผลข้างเคียง/ ภาวะแทรกซ้อน			
๒. มีการติดตามเยี่ยม (ดูแล/ ปรึกษา/ ตามปลา)			
๓. มีแผนงานรองรับในกรณีต้องแก้ไขอุปกรณ์			
๔. มีการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์ เช่น รองเท้าสามารถใช้งานได้อย่างน้อย ๑ ปี			

ส่วนที่ ๔ ด้านสถานที่/ เครื่องมือในการให้บริการ

กรณีที่ ๑ สำหรับหน่วยบริการสามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง (ต้องครบทุกข้อ)

๑.๑ อุปกรณ์รหัส ๘๖๑๒ มีลักษณะพยางสั้นเท้าและฝ่าเท้า หรือเป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้า ชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย ที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรองเท้าทั่วไปได้

รายการ	มี/ใช้ งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตอุปกรณ์พยางสั้นเท้าและฝ่าเท้า			
๒. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๓. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๔. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๕. Monofilament			
๖. จักรเย็บ			

๑.๒ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๓ เป็นรองเท้าสำเร็จรูป ที่มีลักษณะเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยังสามารถสวมใส่รองเท้าได้

รายการ	มี/ใช้ งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตอาบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. ทุนรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตัดแต่ง			
๕. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๖. จักรเย็บ			

๗๕๒ พ. ๕/๕

๑.๓ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๔ เป็นรองเท้าที่ต้องตัดเฉพาะราย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีเท้าผิดปกติ

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๕. ทุนรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตัดแต่ง			
๖. แทนกลึง/ เครื่องกลึง			
๗. เครื่องมือเก็บรอยฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๘. Monofilament			
๙. จักรเย็บ			

กรณีที่ ๒ สำหรับหน่วยบริการที่จัดหาให้มีบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีเอกสารสัญญาการจ้างผลิต (ระบุชื่อบริษัท และเลขที่สัญญา)			
๒. มีแนวทางการตรวจรับผลงานการผลิตก่อนส่งให้ผู้ป่วย			
๓. มีกำหนดระยะเวลาการส่งมอบรองเท้าให้ผู้ป่วย ไม่เกิน ๑๕ วัน			
๔. มีการรับประกันคุณภาพสินค้า ระยะเวลาการประกันต้องไม่ต่ำกว่า ๑ ปี			

โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

ผู้ประสานงาน

๑. ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....
 E-mail:

๒. ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....
 E-mail:

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยงาน
 ()
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....

 ๓

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง แนวทางการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มี
ความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

รหัส อุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชุดเซต
๘๖๑๒ (Custom Insole)	<p>อุปกรณ์พยาง์สันเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) ลักษณะ เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้า ชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง</p>	คู่ละ	๑,๒๐๐
๘๘๑๓ (Depth- inlay shoes)	<p>รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา / ไวนิล / พลาสติก) ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดเปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดสัน หรือหุ้มสันเท้า (Back strap / Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร (deep inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านในเพื่อใส่แผ่นเสริมได้ พื้นรองเท้าด้านใน ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes <p><u>ข้อบ่งชี้</u> ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและ</p>	คู่ละ	๑,๘๐๐

๗๒ พ.ศ.

รหัส อุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชุดเซต
	ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง		
๘๘๑๔ (Custom- molded shoes)	รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดปกติจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ เหมือนกับ ๘๘๑๓ แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป ข้อบ่งชี้ เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้	คู่ละ	๒,๘๐๐

* หมายถึง หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การป้องกันและดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (Prevention And Management of Diabetic Foot Complication) พ.ศ. ๒๕๕๖ ของ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สามารถ download ได้ที่ : www.dms.moph.go.th/imrta

นางนงนุช

แบบประเมินศักยภาพการให้บริการตามประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการเพื่อบริการสาธารณสุข
กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกัน
การเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด..... รหัสหน่วย.....
เขต..... ประเภทหน่วยบริการ (UHOSNET, A, S, M๑, M๒, อื่นๆ)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามศักยภาพของหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑ ด้านบุคลากร

บุคลากร	ผลการตรวจ		ระบุชื่อ
	มี	ไม่มี	
๑. แพทย์ที่คลินิกเบาหวาน (ต้องมีอย่างน้อย ๑ ข้อ)			
๑.๑ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๑.๒ แพทย์อายุรกรรม			
๑.๓ แพทย์ทั่วไปที่ผ่านการอบรมการควบคุมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน			
๒. บุคลากรอื่น (* จำเป็นต้องมีอย่างใดอย่างหนึ่ง)			
๒.๑ พยาบาลเฉพาะทาง* (การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)			
๒.๒ พยาบาลวิชาชีพ*			
๒.๓ นักกายภาพบำบัด*			
๒.๔ นักกายอุปกรณ์			
๒.๕ ช่างกายอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์			
๒.๖ ช่างตัด/ ช่างเย็บรองเท้า			
๒.๗ ช่างประกอบ/ ช่างแต่งรองเท้า			
๒.๘ อื่นๆ (ระบุ).....			

ส่วนที่ ๒ ด้านระบบบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ผ่านการรับรองด้าน (ระบุ รายละเอียดการรับรอง/ ปี)			
๒. มีคลินิก และทีม สหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานประจำ			
๓. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้า และความผิดปกติของเท้า			
๔. มีการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า รวมถึงการดูแลเท้าทั่วไป			
๕. มีบันทึกรับรองการส่งจ่ายอุปกรณ์รองเท้าโดยแพทย์ที่ให้การรักษา			
๖. มีการบันทึกการได้รับอุปกรณ์รองเท้าด้วยการลงลายมือชื่อ			
๗. มีการบันทึกข้อมูลในระบบการเบิกจ่ายของ สปสช. (E-Claim)			

๓๒๓๗/๖๖

ส่วนที่ ๓ ด้านคุณภาพ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีระบบการบันทึกผลการใช้รองเท้า/ ความพึงพอใจ/ ผลข้างเคียง/ ภาวะแทรกซ้อน			
๒. มีการติดตามเยี่ยม (ดูแผล/ หนอง/ ทาปลา)			
๓. มีแผนงานรองรับในกรณีต้องแก้ไขอุปกรณ์			
๔. มีการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์ เช่น รองเท้าสามารถใช้งานได้อย่างน้อย ๑ ปี			

ส่วนที่ ๔ ด้านสถานที่/ เครื่องมือในการให้บริการ

กรณีที่ ๑ สำหรับหน่วยบริการสามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง (ต้องครบทุกข้อ)

๑.๑ อุปกรณ์รหัส ๘๖๑๒ มีลักษณะพยางค์สั้นเท้าและฝ่าเท้า หรือเป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้า ชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย ที่สามารถนำไปใช้ร่วมกับรองเท้าทั่วไปได้

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตอุปกรณ์พยางค์สั้นเท้าและฝ่าเท้า			
๒. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๓. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๔. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๕. Monofilament			
๖. จักรเย็บ			

๑.๒ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๓ เป็นรองเท้าสำเร็จรูป ที่มีลักษณะเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง ที่ยังสามารถสวมใส่รองเท้าได้

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เต้าอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. หุ่นรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตัดแต่ง			
๕. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๖. จักรเย็บ			

๓๐.๓๕๖๖-๒

๑.๓ อุปกรณ์รหัส ๘๘๑๔ เป็นรองเท้าที่ต้องตัดเฉพาะราย สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีเท้าผิดปกติ

รายการ	มี/ใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๕. ทุนรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตัดแต่ง			
๖. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๗. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๘. Monofilament			
๙. จักรเย็บ			

กรณีที่ ๒ สำหรับหน่วยบริการที่จัดหาให้มีบริการ (ต้องครบทุกข้อ)

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีเอกสารสัญญากระบวนการจ้างผลิต (ระบุชื่อบริษัท และเลขที่สัญญา)			
๒. มีแนวทางการตรวจรับผลงานการผลิตก่อนส่งให้ผู้ป่วย			
๓. มีกำหนดระยะเวลาการส่งมอบรองเท้าให้ผู้ป่วย ไม่เกิน ๑๕ วัน			
๔. มีการรับประกันคุณภาพสินค้า ระยะเวลาการประกันต้องไม่ต่ำกว่า ๑ ปี			

โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติม

.....

ผู้ประสานงาน

๑. ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....

E-mail:

๒. ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้.....

E-mail:

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยงาน

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

๓๑/๗/๒๕๖๓

เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์
สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๕๙

รหัส อุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชุดเซต
๘๖๑๒ (Custom Insole)	<p>อุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) ลักษณะ เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)</p> <p>ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> ทำจากวัสดุที่ชั้นบนมีความนุ่มและยืดหยุ่น (Cushion) ส่วนวัสดุชั้นล่างช่วยในการคงรูปของชั้นบน (Contour) ต้องหล่อพิเศษเฉพาะราย มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร และโค้งเข้ารูปตลอดความยาวของฝ่าเท้าผู้ป่วยแต่ละราย (Total Contact Insole/Orthosis) <p>ข้อบ่งชี้</p> <p>ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์ แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง</p>	คู่ละ	๑,๒๐๐
๘๘๑๓ (Depth- inlay shoes)	<p>รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> รองเท้าทำจากหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความยืดหยุ่น ระบายอากาศบุ/หรือซับในด้วยหนังแท้ หรือวัสดุสังเคราะห์ที่อ่อนนุ่ม (วัสดุสังเคราะห์ที่ใช้ห้ามเป็นยางพารา / ไวนิล / พลาสติก) ส่วนหัวรองเท้าเป็นชนิดปิดปลายนิ้วเท้าและต้องกว้างพอเพื่อไม่ให้บีบหรือกดนิ้วเท้า ไม่มีตะเข็บแข็ง เพื่อป้องกันการเกิดแผล และต้องมีสายรัดสัน หรือหุ้มสันเท้า (Back strap / Heel counter) ส่วนหัวรองเท้าชนิดเปิดปลายนิ้วเท้า ใช้ได้เฉพาะกรณีที่มีแผลและอยู่ระหว่างการทำแผล เท่านั้น รองเท้าต้องปรับขนาดได้ด้วยเชือก หรือ Velcro เป็นต้น เพื่อสามารถกระชับเท้าให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่เกิดการเสียดสี เป็นรองเท้าที่มีความลึกมากกว่าปกติอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร (deep inlay) สามารถถอดพื้นรองเท้าด้านในเพื่อใส่แผ่นเสริมได้ พื้นรองเท้าด้านใน ทำจากวัสดุที่มีความยืดหยุ่น นุ่ม มีความหนาอย่างน้อย ๕ มิลลิเมตร พื้นรองเท้าด้านนอก (Outsole) ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรง ไม่ลื่น สามารถปรับแต่งพื้นได้ และมีความโค้ง ลักษณะ Toe Only Rocker Bottom Shoes <p>ข้อบ่งชี้</p>	คู่ละ	๑,๘๐๐

ทพ. พ.ร. ๕

รหัส อุปกรณ์	ประเภท	หน่วย	ราคาชุดเซต
	ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโดยเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า* แล้วพบว่ามีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง		
๘๘๑๔ (Custom- molded shoes)	รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดรูปจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้ ลักษณะ เหมือนกับ ๘๘๑๓ แต่เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป <u>ข้อบ่งชี้</u> เหมือนรหัส ๘๘๑๓ แต่เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปชนิด Depth-Inlay Shoes ให้สวมใส่ได้	คู่ละ	๒,๘๐๐

* หมายถึง หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) การป้องกันและดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (Prevention And Management of Diabetic Foot Complication) พ.ศ. ๒๕๕๖ ของ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สามารถ download ได้ที่ : www.dms.moph.go.th/imrta

นางพริ้ง

กำหนดการประชุมชี้แจงแนวทางการติดตามบริหารจัดการโรคเบาหวาน
การดูแลรักษาเบาหวานเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและเท้า
ณ ห้องประชุม โรงแรมสายทอง
วันที่ 7 พฤศจิกายน 2559 เวลา 8.00-16.00

-
- 8.00-9.00 น. ลงทะเบียน
- 9.00-9.30 น. กล่าวต้อนรับ กรอบการดำเนินงานสถานการณ์โรคเรื้อรังเบาหวานความดันโลหิตสูง
โดยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- 9.30-10.00 น. ชี้แจงประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการใช้
จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความ
เสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า
โดยคุณไมตรี มุลสาร หัวหน้างาน สปสช เขต 10 อุบลราชธานี
- 10.00-10.30 น. รับประทานอาหารว่าง
- 10.30-11.00 น. วิธีการเบิกชดเชยใน โปรแกรม E claim
โดยคุณไมตรี มุลสาร หัวหน้างาน สปสช เขต 10 อุบลราชธานี
- 11.00-11.30 น. ผลการดำเนินการ
โดยคุณไมตรี มุลสาร หัวหน้างาน สปสช เขต 10 อุบลราชธานี
- 11.30-12.00 น. การตรวจสอบการจ่ายชดเชย Audit
โดยคุณไมตรี มุลสาร หัวหน้างาน สปสช เขต 10 อุบลราชธานี
- 12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-14.30 น. กรอบการดำเนินการ การติดตาม ผลการดำเนินการโรคเรื้อรัง เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ใน
พื้นที่ เขต 10
โดยนายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง ประธานกรรมการคณะทำงาน Service plan NCD เขต 10
- 14.30-15.00 น. รับประทานอาหารว่าง
- 15.00-16.00 น. สรุป อภิปรายซักถาม
-

รายละเอียดเอกสารที่ต้องส่งสปช. เขต 10 อุบลราชธานี

1. หนังสือนำส่งจากต้นสังกัด
2. รายงานแบบประเมินตนเอง ส่งหน่วยละ 1 ชุด
3. ผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานลงนามในแบบแสดงความจำนง
4. สำเนาบัตร และวุฒิบัตร เจ้าหน้าที่ รายละเอียดที่แจ้งใน แบบประเมินตนเอง

ผู้จัดส่งเอกสาร.....

มือถือ.....