

แนวทางการเบิกค่าตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน
(ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว)
ให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์การเบิกค่าตอบแทนที่ใช้บังคับ

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน ฯ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2552

ข้อ 8 ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว

ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว มีเจตนารมณ์เพื่อการจ่ายเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ในการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมรณรงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ทั้งในและนอกหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดการบริการเชิงรุกถึงประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

8.1 ให้หัวหน้าหน่วยบริการหลักกำหนดเจ้าหน้าที่ตามความเหมาะสมกับความจำเป็นของงานและไม่เป็นภาระต่อสถานะเงินบำรุงของหน่วยบริการ โดย **จัดทำเป็นคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน**

8.2 **เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว ในหน่วยบริการนอกเวลาราชการ และที่ปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกเวลาราชการ** ทั้งนี้ประเภทกิจกรรมและจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ให้หัวหน้าหน่วยบริการหลักเป็นผู้กำหนดตามความจำเป็นและเหมาะสม == ==

8.3 **เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในกิจกรรมเชิงรุกที่เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค การรณรงค์แก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในแต่ละพื้นที่** เป็นการปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ ทั้งนี้ประเภทกิจกรรมและจำนวนเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานให้หัวหน้าหน่วยบริการหลักเป็นผู้กำหนดตามความจำเป็น และเหมาะสม

8.4 อัตราค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานตาม ข้อ 8.2 ข้อ 8.3 ให้ได้รับค่าตอบแทนตามอัตราค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ตามข้อ 1 (ข้อ 1.4 : ลักษณะเป็นเวรหรือเป็นผลัด ปฏิบัติงานไม่ครบ 8 ชม.ให้ลดลงตามส่วน/มิใช่จ่ายแบบรายชั่วโมง)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. จัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ (รพ.สต. เขียนโครงการร่วม) เสนอต่อผู้บริหารหน่วยบริการหลัก (ผอ.รพ.) (รายละเอียด แผนงาน/โครงการ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของการบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10))
2. จัดทำคำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน (ผู้ออกคำสั่งโดยผู้บริหารหน่วยบริการหลัก (ผอ.รพ./สสอ.))
3. ผู้ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่รับทราบและปฏิบัติหน้าที่ตามคำสั่ง
 - ปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติครอบครัว ในหน่วยบริการ/นอกเวลาราชการ หากปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ
 - ปฏิบัติงานในกิจกรรมเชิงรุกที่เป็นนโยบายเร่งด่วน ในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรณรงค์แก้ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญแต่ละพื้นที่ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ
4. จัดทำเอกสารหลักฐาน
 - 4.1 บัญชีลงเวลาปฏิบัติงาน
 - 4.2 บันทึกขอเบิกเงินค่าตอบแทนฯ
 - 4.3 หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนฯ
 - 4.3 เอกสารการเปลี่ยนแปลงกรณีไม่เป็นไปตามคำสั่ง เช่น บันทึกแลกเปลี่ยนเวร ฯลฯ
 - 4.5 รายงานการออกเยี่ยมบ้านเชิงรุก

ตัวอย่าง รายงานเชิงรุก



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แบบบันทึกการดูแลสุขภาพที่บ้าน

เยี่ยมครั้งที่.....วันที่เยี่ยม.....

ชื่อ-สกุล เจ้าของบ้าน.....

จำนวนสมาชิกในบ้าน.....คน

บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด อ่างทอง

+

ประเด็น	สิ่งที่ได้รับการดูแล	ปัญหา/ความต้องการ	กิจกรรมการดูแล/การพยาบาล	ว.ต.ป.นัดการดูแลต่อที่รพสต./รพ
1.กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) (ชื่อกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยม)	<input type="checkbox"/> ภาวะโภชนาการ (เริ่มอ้วน,อ้วน ,ผอม , เตี้ย) <input type="checkbox"/> พัฒนาการตามวัย (สมวัย,สงสัยล่าช้า,ล่าช้า) <input type="checkbox"/> ติดตาม EPI <input type="checkbox"/> การดูแลเด็กหลังคลอด (7วัน ,14วัน ,45วัน )	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
2.กลุ่มเด็กวัยเรียน (6-14ปี) ชื่อ.....	<input type="checkbox"/> ภาวะโภชนาการ (เริ่มอ้วน,อ้วน,ผอม,เตี้ย) <input type="checkbox"/> ความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะ ผม(เทา), เล็บและการมองเห็น <input type="checkbox"/> ติดตาม EPI	...............	...............	...............
3.สตรีและวัยรุ่น (อายุ10-49 ปี) ชื่อ.....	<input type="checkbox"/> การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> การฝากครรภ์คุณภาพ <input type="checkbox"/> การดูแลหลังคลอดแม่ (7 วัน , 14 วัน , 45 วัน) <input type="checkbox"/> การวางแผนครอบครัว	...............	...............	...............
4.วัยทำงาน ชื่อ.....	<input type="checkbox"/> ค่าดัชนีมวลกาย <input type="checkbox"/> ภาวะอ้วนลงพุง <input type="checkbox"/> NCD.....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

□



ประเด็น	สิ่งที่ได้รับการดูแล	ปัญหา/ความต้องการ	กิจกรรมการดูแล/การพยาบาล	ว.ต.ป.นิตการดูแลต่อที่รพสต./รพ
5.ผู้สูงอายุชื่อ.....	<input type="checkbox"/> คัดกรอง Geriatric Syndromes เน้นประเด็น ADL การพลัดตกหกล้ม และสมองเสื่อม... <input type="checkbox"/> สุขนิสัย เน้นประเด็นการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การช่วยเหลือตนเอง <input type="checkbox"/> NCD <input type="checkbox"/> LTC	....................	....................	....................
6.ผู้พิการ (ชื่อ.....)	.....	.....	.....	.....
7.สภาพแวดล้อมของบ้าน	สภาพแวดล้อมภายในบ้าน <input type="checkbox"/> โปรงโล่ง <input type="checkbox"/> อากาศถ่ายเทสะดวก <input type="checkbox"/> แอ้อัด คับแคบ <input type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input type="checkbox"/> มีฝุ่นละออง <input type="checkbox"/> ลูกน้ำยุงลาย(HI/CI) สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน <input type="checkbox"/> สะอาดเรียบร้อย <input type="checkbox"/> มีน้ำขัง <input type="checkbox"/> มีการจัดการขยะที่ดี <input type="checkbox"/> ไม่มีการจัดการขยะที่ดี <input type="checkbox"/> ลูกน้ำยุงลาย(HI/CI)	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
8.อื่นๆ ระบุ.....	.....	.....	.....	.....

.....ลายมือชื่อเจ้าบ้าน/ผู้ได้รับการเยี่ยม

.....ผู้เยี่ยม

(.....)

...../...../.....

Thank
you