



ที่ สปสช. ๒.๕๗ / ว.๑๕๘

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ
บริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปการะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกัน
การเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๐

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตทุกเขต

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่าย
ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปการะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มี
ความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.๒๕๖๐

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นควรปรับปรุง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข
การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปการะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ.๒๕๖๐ โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑
ความละเอียดตามแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขดังกล่าวได้อย่าง
ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงขอแจ้งหลักเกณฑ์ วิธีการและ
เงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปการะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มี
ความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๐ ปราบฏรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมา
ด้วย ทั้งนี้ท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ได้ที่ <http://eclaim.nhso.go.th/webComponent/download>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางกฤติยา ศรีประเสริฐ)

ประธานกลุ่มภารกิจบริหารกองทุน

สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ

โทร. ๐๒-๑๔๓-๓๑๐๐-๐๒

โทรสาร. ๐๒-๑๔๓-๔๗๓๕

ผู้รับผิดชอบ วนวิสาข์ พลอยบุศย์/อรุณฯ ชั้นทะวงค์

สำเนาเรียน : ผู้อำนวยการสำนักแผนงานสนับสนุนระบบบริการโรคเรื้อรังและโรคเฉพาะ

ข้อ ๕ หน่วยบริการที่มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามประกาศนี้ จะต้องให้บริการแก่ผู้มีสิทธิรับบริการ ดังนี้

- (๑) เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๒) ได้รับการวินิจฉัยและมีประวัติการรักษาโรคเบาหวาน
- (๓) สามารถเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง
- (๔) ได้รับการตรวจเท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พ.ศ. ๒๕๕๖ และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงสูง

ข้อ ๖ หน่วยบริการที่จะให้บริการตามประกาศนี้ ต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- (๑) เป็นหน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET)
- (๒) เป็นหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan)
- (๓) เป็นหน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีศักยภาพในการให้บริการและประสงค์จะให้บริการ

ข้อ ๗ หน่วยบริการที่ประสงค์จะให้บริการและขอรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ต้องยื่นแบบแสดงความจำนง ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้ พร้อมแบบประเมินตนเอง ที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ไปที่สำนักงานเขต เพื่อพิจารณาตามศักยภาพของหน่วยบริการและให้เป็นไปตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) โดยให้สำนักงานเขตส่งสำเนาการอนุมัติในระดับเขตมาที่สำนักงาน

เมื่อหน่วยบริการได้รับการแจ้งผลการประเมินแล้ว สามารถให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

- (๑) หน่วยบริการเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) และหน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อป่งซี่ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

- (๒) หน่วยบริการตามแผนการพัฒนาเครือข่ายบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Service plan) ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย สามารถให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียม ในการบำบัดโรค และข้อป่งซี่ รหัส ๘๘๑๓

/(๓) หน่วยบริการประจำ ...

(๓) หน่วยบริการประจำ หรือหน่วยบริการรับส่งต่อ นอกเหนือจาก (๑) และ (๒) ที่มีศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์และประสงค์จะให้บริการ ให้ยื่นแบบแสดงความจำนงต่อสำนักงานเขตเพื่อตรวจประเมินเป็นรายกรณี

กรณีเกินกว่าศักยภาพในการให้บริการอุปกรณ์ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ หรือ ๘๘๑๓ หรือ ๘๘๑๔ สามารถให้บริการตามระบบส่งต่อ (OP Refer) ได้

ข้อ ๘ เกณฑ์การประเมินศักยภาพหน่วยบริการตามข้อ ๗ ประกอบด้วย

(๑) การประเมินเชิงระบบการจัดการ ประกอบด้วย

(ก) ด้านบุคลากร

(ข) ด้านระบบบริการ

(ค) ด้านคุณภาพ

(๒) ด้านสถานที่และเครื่องมือในการให้บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

(๓) เกณฑ์สำหรับหน่วยบริการที่ผ่านการประเมิน แต่ไม่ผลิตอุปกรณ์เอง และต้องการจัดหาให้มีบริการในแต่ละรหัส ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้ รหัส ๘๖๑๒ ๘๘๑๓ และ ๘๘๑๔

ข้อ ๙ หน่วยบริการต้องบันทึกข้อมูลเก็บไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการตรวจสอบหลังการจ่ายชดเชย (Post Audit) โดยการบันทึกข้อมูลอย่างน้อยให้มีรายละเอียด ดังนี้

(๑) บันทึกการตรวจพบพยาธิสภาพของเท้าที่มีแผล เช่น เท้าผิดรูป (Deformity) หนังก้าง (Callus) ตาปลา (Corns) เป็นต้น

(๒) บันทึกวิธีการตรวจเท้าด้วย Monofilament และการประเมินชีพจร (Pulse)

(๓) บันทึกกิจกรรม การให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้ารวมทั้งการป้องกัน และการดูแลเท้าทั่วไปด้วยตนเอง (Self foot-care) กับผู้ป่วย หรือผู้ดูแล

(๔) บันทึกความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง

(๕) บันทึกผลของการใช้อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น มีการใช้รองเท้า สม่่าเสมอ หรือความพึงพอใจต่อการใช้รองเท้า หรือผลข้างเคียงแทรกซ้อนจากการใช้รองเท้า เป็นต้น

(๖) บันทึกรับรองการส่งจ่ายอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโดยแพทย์ที่ให้การรักษา

(๗) บันทึกการได้รับอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีหลักฐานลายมือชื่อของผู้ป่วย และวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๑๐ ให้นำหน่วยบริการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ภายหลังจากวันที่จ่ายอุปกรณ์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานเรียบร้อยแล้ว ส่งข้อมูลเบิกในโปรแกรม e-Claim ให้สำนักงานภายในสามสิบวันโดยบันทึกข้อมูลรหัสโรค (ICD๑๐) ให้ถูกต้องตามผลการตรวจประเมินความเสี่ยงและข้อบ่งชี้ของแต่ละอุปกรณ์

การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีให้บริการอุปกรณ์ตามวรรคหนึ่ง ให้เบิกได้หนึ่งคู่ต่อคนต่อปี โดยนับจากวันที่ได้รับอุปกรณ์

ข้อ ๑๑ สำนักงานจะจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามราคาที่ได้จัดหาได้จริง แต่ไม่เกินเพดานราคาชดเชยที่กำหนด โดยมีลักษณะข้อบ่งชี้การใช้อุปกรณ์ และคุณสมบัติของอุปกรณ์แต่ละรายการให้เป็นไปตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยรายการอุปกรณ์ อวัยวะเทียมในการบำบัดโรค และข้อบ่งชี้

ข้อ ๑๒ หากหน่วยบริการเห็นว่า การจ่ายชดเชยค่าอุปกรณ์ไม่ถูกต้องตามประกาศนี้ ให้ยื่นอุทธรณ์ต่อสำนักงานภายในสามสิบวันนับจากวันที่ได้รับการจ่ายชดเชย

ข้อ ๑๓ บรรดาประกาศ หลักเกณฑ์ หรือคำสั่งอื่นใดที่กำหนดไว้แล้ว ซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**แบบแสดงความจำนง
 อนุมัติให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
 เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า**

เลขที่..... (สำหรับสำนักงานเขต)

วันที่..... (สำหรับสำนักงานเขต)

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีหน่วยบริการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พ.ศ. ๒๕๖๐ กำหนดให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพยื่นแบบแสดงความจำนงกรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า นั้น

ในการนี้ (ชื่อหน่วยบริการ).....มีความประสงค์ ให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า พร้อมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขการจ่ายเงิน ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดทุกประการ กรณีที่ดำเนินโครงการไม่แล้วเสร็จหรือไม่ส่งผลการดำเนินงานภายในกำหนดเวลา ยินยอมให้สำนักงานหักเงินพึงจ่าย เพื่อหักกลบลบหนี้ได้

จึงเรียนมาเพื่อขอรับการสนับสนุนการให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางที่กำหนดต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยบริการ

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

สำหรับสำนักงานเขต

สำนักงานเขตได้ประเมินศักยภาพหน่วยบริการแล้ว เห็นควรให้หน่วยบริการ ให้บริการอุปกรณ์ และเบิกจ่ายตามศักยภาพได้ ตามผลการประเมินของสำนักงานเขต ดังนี้

(.....) รหัส ๘๖๑๒ อุปกรณ์พุงสันเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหล่อพิเศษเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

(.....) รหัส ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

(.....) รหัส ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดปกติจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

สำเร็จรูปได้

() อนุมัติ ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

**แบบประเมินตนเอง เพื่อประเมินศักยภาพในการให้บริการของหน่วยบริการ
กรณีให้บริการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง
เพื่อป้องกันการเกิดแผล แผลซ้ำซ้อน และการตัดเท้า**

ชื่อหน่วยบริการ จังหวัด.....

รหัสหน่วย.....เขต.....

ประเภทหน่วยบริการ

- เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET)
- โรงพยาบาลศูนย์ (A)
- โรงพยาบาลทั่วไป (S)
- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M๑)
- โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M๒)
- อื่นๆ (ระบุ)

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามศักยภาพของหน่วยบริการ

ส่วนที่ ๑ การประเมินเชิงระบบการจัดการ

รายละเอียด	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
	มี	ไม่มี	
ด้านบุคลากร			
๑. แพทย์คลินิกเบาหวาน (ต้องมีอย่างน้อย ๑ ชื่อ)			
๑.๑ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู			
๑.๒ แพทย์ด้านอื่น ที่ผ่านการอบรมการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน			
๒. บุคลากรอื่น (* จำเป็นต้องมีอย่างน้อยหนึ่ง)			
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).....			
ด้านระบบบริการ (ต้องครบทุกข้อ)			
๑. มีคลินิก และทีมสหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานประจำ			
๒. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้า และความผิดปกติของเท้า			
๓. มีการให้ความรู้การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า รวมถึงการดูแลเท้าทั่วไป			
๔. มีบันทึกการส่งจ่ายอุปกรณ์รองเท้าโดยแพทย์ที่ให้การรักษา			
๕. มีการบันทึกการได้รับอุปกรณ์รองเท้าด้วยการลงลายมือชื่อ			
๖. มีการบันทึกข้อมูลในระบบการเบิกจ่ายของ สปสช. (e-Claim)			

ด้านคุณภาพ (ต้องครบทุกข้อ)			
๑. มีระบบการบันทึกผลการใช้รองเท้า/ ความพึงพอใจ/ ผลข้างเคียง/ ภาวะแทรกซ้อน			
๒. มีการติดตามเยี่ยมดูแล/ หนังสือ/ ตาปลา			
๓. มีแผนงานรองรับในกรณีต้องแก้ไข			
๔. มีการควบคุมคุณภาพของอุปกรณ์รองเท้าสามารถใช้งานได้อย่างน้อยหนึ่งปี			

ส่วนที่ ๒ ด้านสถานที่/ เครื่องมือในการให้บริการ สำหรับหน่วยบริการที่สามารถผลิตอุปกรณ์ได้เอง (ครบทุกข้อ เฉพาะรายอุปกรณ์ที่ขอเข้าร่วม)

รายการ	มีและใช้งานได้	ไม่มี	หมายเหตุ
๑.๑ รหัส ๘๖๑๖ อุปกรณ์พยางสนเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ เฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis) เป็นวัสดุที่เสริมรองรับเท้าชนิดที่ ๑ เฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)			
๑. ห้องผลิตอุปกรณ์พยางสนเท้าและฝ่าเท้า			
๒. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๓. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๔. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๕. Monofilament			
๖. จักรเย็บ			
๑.๒ รหัส ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้			
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. ทุนรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตัดแต่ง			
๕. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๖. จักรเย็บ			
๑.๓ รหัส ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดปกติไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้ เป็นรองเท้าตัด ไม่ใช่รองเท้าสำเร็จรูป			
๑. ห้องผลิตรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยง			
๒. เตาอบ			
๓. เครื่องวัดขนาดเท้า			
๔. แบบพิมพ์ เก็บรอยฝ่าเท้า			
๕. ทุนรองเท้า ในการขึ้นรูปเพื่อตัดแต่ง			
๖. แท่นกลึง/ เครื่องกลึง			
๗. เครื่องมือเก็บรูปฝ่าเท้า/ เครื่องสแกนเท้า			
๘. Monofilament			
๙. จักรเย็บ			

โปรดระบุข้อมูลเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ส่วนที่ ๓ สำหรับหน่วยบริการที่ผ่านประเมิน ส่วนที่ ๑ แต่ไม่ผลิตอุปกรณ์เอง และต้องการจัดหาให้มีบริการ (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้ารหัสอุปกรณ์ที่ต้องการจัดหาบริการ)

() รหัส ๘๖๑๒ อุปกรณ์พยุงสันเท้าและฝ่าเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดหลอดเลือดเฉพาะราย (Total Contact Insole/Orthosis)

() รหัส ๘๘๑๓ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงและยังสามารถสวมใส่รองเท้าสำเร็จรูปได้

() รหัส ๘๘๑๔ รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงที่มีเท้าผิดปกติจนไม่สามารถปรับรองเท้าสำเร็จรูปได้

รายการ	มี	ไม่มี	หมายเหตุ
๑. มีเอกสารสัญญาการบริการจ้างผลิต (ระบุชื่อบริษัท และเลขที่สัญญา) *			
๒. มีแนวทางการตรวจรับผลงานการผลิตก่อนส่งให้ผู้ป่วย			
๓. มีกำหนดระยะเวลาการส่งมอบรองเท้าให้ผู้ป่วย ไม่เกินสามสิบวัน **			
๔. มีการรับประกันคุณภาพสินค้า ระยะเวลาการรับประกันคุณภาพไม่ต่ำกว่าหนึ่งปี			

หมายเหตุ

* หมายถึง หน่วยบริการที่ขอเข้าร่วมครั้งแรก ต้องผ่านการประเมินในส่วนที่ ๑ แล้ว จะต้องส่งหลักฐานเพิ่มเติมภายในสามสิบวัน เพื่อให้สำนักงานฯ อนุมัติให้ดำเนินการได้

** หมายถึง การส่งมอบรองเท้าให้ผู้ป่วย ไม่เกินสามสิบวันนับตั้งแต่วันที่มีการสั่งซื้อ หรือจัดหาระหว่างหน่วยบริการกับบริษัท

ข้อมูลเพิ่มเติม

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

๑. ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
E-mail:

๒. ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
E-mail:

ขอรับรองว่าข้อมูลที่แจ้งไว้เป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้บริหารหน่วยบริการ

ตำแหน่ง.....

วันที่.....