

**แบบฟอร์มข้อเสนอการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
และการกำหนดอัตราขาดเซชค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกองทุนฯ อพท.ปี ๒๕๖๐**

ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอ

(ส่วนนี้สำหรับหน่วยหน่วยบริการ/ สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย....(ระบุชื่อ หน่วยบริการ/ สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ).....อำเภอ.....
จังหวัด.....มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (ระบุชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล) โดยขอรับการสนับสนุน เพื่อเป็นค่าบริการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและ
บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๖๐ (อัตราขาดเซช
ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน.....บาท (.....บาทถ้วน)
รายละเอียดดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑. เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓. ลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่าย หรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต		จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)
จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)	จำนวน (คน)	งบประมาณ (บ.)		

ระยะเวลาดำเนินการ.....

ทั้งนี้ ได้แนบแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ ผู้จัดทำข้อเสนอ

(หน่วยบริการ/ สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันจัดทำ
เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)	วินิจฉัย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงินบาท		- ระยะสั้น
		- ระยะยาว
	การดูแล	ข้อควรระวังในการให้บริการ
	<p>ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๖๐</p> <p>*ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงสามารถยืดหยุ่นได้โดยคำนึงถึงสภาวะของผู้ป่วยเป็นสำคัญ”</p>	

ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งที่
..... / พ.ศ.....เมื่อวันที่ผลการพิจารณาข้อเสนอของ (ระบุชื่อ หน่วยงานบริการ/ สถานบริการ /ศูนย์พัฒนา
คุณภาพฯ) ในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกำหนดอัตราค่าบริการตามชุดสิทธิ
ประโยชน์แนบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๖๐
ดังนี้

เห็นชอบ ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในแนบท้ายประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ
พื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๖๐ เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ตามบัญชีเงินฝาก
ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง จำนวนบาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ “ระบบกองทุน
หลักประกันสุขภาพฯ ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)..... จำนวนบาท

ไม่เห็นชอบ งบประมาณ

เนื่องจาก.....

.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ แจ้งผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯเพื่อทราบต่อไป

**แบบรายงานผลการพิจารณาบริการด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ / พ.ศ.....เมื่อวันที่ ได้เห็นชอบข้อเสนอค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในแนบท้ายประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ให้กับ (ระบุชื่อ หน่วยงานบริการ/สถานบริการ./ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ) นั้น

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ครั้งที่ / พ.ศ.....เมื่อวันที่มีมติรับทราบข้อเสนอดังกล่าว โดยให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนด หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๕๗

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
หรือพื้นที่

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....