

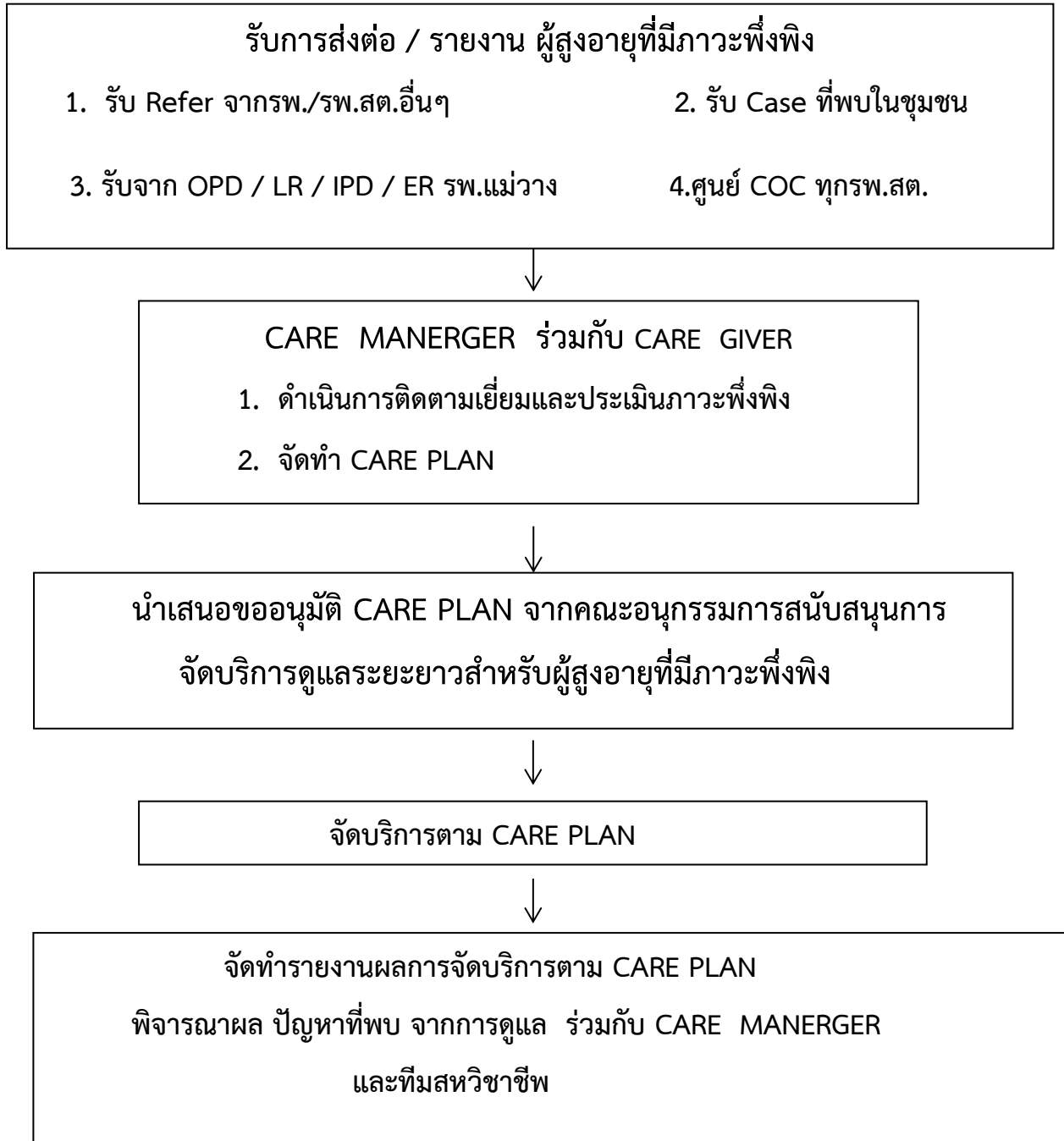
# คู่มือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



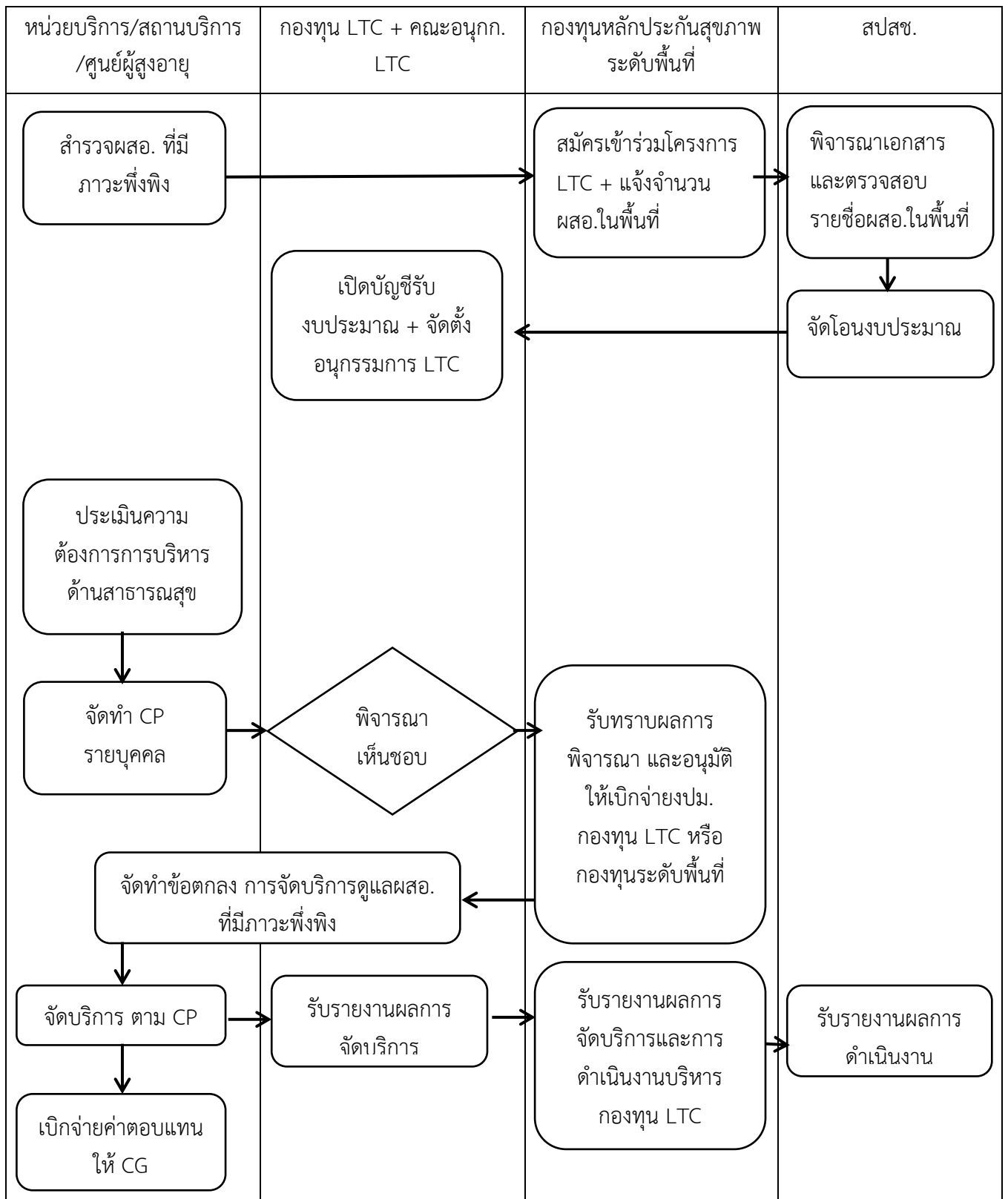
โรงพยาบาลแม่วาง  
อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนการดำเนินงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( CARE GIVER )

อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่



ขั้นตอนการดำเนินงานบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุวัยพึ่งพิงอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่



**แบบฟอร์มข้อเสนอการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**  
**และการกำหนดอัตราค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศกองทุนฯ อพท.ปี ๒๕๕๙**

**ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอ**

**(ส่วนนี้สำหรับหน่วยหน่วยบริการ/ สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)**

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย... (ระบุชื่อ หน่วยบริการ/ สถานบริการ/ ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ).....อำเภอ.....จังหวัด.....มีความประสงค์  
 จะจัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (ระบุชื่อ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล) โดยขอรับการสนับสนุน เพื่อเป็น  
 ค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์  
 เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙ (อัตราการ  
 ชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน.....บาท (.....บาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑. เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒. กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะ สับสน และอาจมีปัญหาการกิน/ การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔. กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต			
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

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบประมาณบริการสาธารณสุข  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันจัดทำ
เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)	วินิจฉัย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่.....  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน .....บาท		- ระยะสั้น
		- ระยะยาว
	การดูแล	ชื่อควรระวังในการให้บริการ
	<p>ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่</p> <p>(ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙</p> <p>*ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงสามารถยืดหยุ่นได้โดยคำนึงถึงสภาวะของผู้ป่วยเป็นสำคัญ”</p>	

ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งที่ ..... / พ.ศ.....เมื่อวันที่ .....ผลการพิจารณาข้อเสนอของ (ระบุชื่อ หน่วยงานบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ ) ในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกำหนดอัตราขีดเขตค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙ ดังนี้

**เห็นชอบ** ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในแนบท้ายประกาศฯกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙ เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ..... บาท (.....บาทถ้วน) ตามบัญชีเงินฝากดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน .....บาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ“ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)..... จำนวน .....บาท

**ไม่เห็นชอบ** งบประมาณ  
เนื่องจาก.....  
.....  
.....  
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) .....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ แจ้งผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯเพื่อทราบต่อไป

แบบรายงานผลการพิจารณาบริการด้านสาธารณสุข  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ..... / พ.ศ.....เมื่อวันที่ ..... ได้เห็นชอบข้อเสนोक่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในแนบท้ายประกาศฯ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559 ใให้กับ (ระบุชื่อ..หน่วยบริการ/.สถานบริการ./ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ.) นั้น

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ครั้งที่ ..... / พ.ศ.....เมื่อวันที่ .....มีมติรับทราบข้อเสนอดังกล่าว โดยให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2557

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น  
หรือพื้นที่

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....