**แบบฟอร์มโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**

สิ่งที่ส่งมาด้วย 3

**สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯท้องถิ่น**

**ส่วนที่ ๑ : โครงการ**

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (อบต./เทศบาล) ................... อำเภอ ................. จังหวัด ......................

ด้วย ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน) อำเภอ ................. จังหวัด.................... มีความประสงค์จะจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ................... โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ (เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี จำนวน ........... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน ................ บาท (..........................บาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กลุ่มติดบ้าน | | | | กลุ่มติดเตียง | | | | รวม | |
| กลุ่มที่ ๑  เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน | | กลุ่มที่ ๒  กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย | | กลุ่มที่ ๓  กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง | | กลุ่มที่ ๔  กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต | |
| จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

**ระยะเวลาดำเนินการ** (ระบุตามวันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล)………………

ลงชื่อ ..................................................... ผู้จัดทำโครงการ

(.................................................................)

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จัดบริการ

(ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน)

วันที่ ..... เดือน ................ พ.ศ. ......................

**ส่วนที่ ๒**

**สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี** เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อ**  **เลขบัตรประชาชน** | **ที่อยู่**  **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** | **วันจัดทำ** | |
| **เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.........ปี)** | **วินิจฉัย** | | |
| **สถานะสุขภาพ/ค่าบริการฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ที่ขอรับการสนับสนุน** | **ประเด็นปัญหา/ความต้องการ** | | **เป้าหมายการดูแล** |
| **เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ ..............**  **ขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ**  **(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี**  **เป็นจำนวนเงิน ....................... บาท** |  | | **- ระยะสั้น** |
|  | |  |
|  | | **- ระยะยาว** |
|  | |  |
|  | |  |
| **การดูแล** | | **ข้อควรระวังในการให้บริการ** |
| **ระบุเฉพาะกิจกรรมบริการหลักๆ** ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  เช่น กายภาพบำบัด การดูแลแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง  *\*ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงสามารถยืดหยุ่นได้โดยคำนึงถึงสภาวะ*  *ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ”* | |  |

**ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง**

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ..... /…….. เมื่อวันที่ ...... เดือน.............. พ.ศ. ....... ได้พิจารณาโครงการของ (ระบุชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ) เขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ........... อำเภอ ......... จังหวัด ................ ตามโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯท้องถิ่นโดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

**อนุมัติ** โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ของ (ระบุชื่อหน่วยบริการ/ สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ) จำนวน ........... คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ................. บาท (..................................................................บาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน ............บาท (............................บาทถ้วน)

รายละเอียดตามตาราง

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กลุ่มติดบ้าน | | | | กลุ่มติดเตียง | | | | รวม | |
| กลุ่มที่ ๑  เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน | | กลุ่มที่ ๒  กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย | | กลุ่มที่ ๓  กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง | | กลุ่มที่ ๔  กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต | |
| จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) | จำนวน  (คน) | ค่าบริการ  (บาท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ไม่อนุมัติ**

เนื่องจาก.......................................................................................................................................

. หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...... (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ)...................................

ลงชื่อ....................................................................

(..............................................................................)

ประธานคณะอนุกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

(อบต./เทศบาล) ........... อำเภอ ......... จังหวัด ..............

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

*หมายเหตุ แจ้งผลการพิจารณาเพื่อ อปท.ทำการเบิกจ่ายต่อไป*