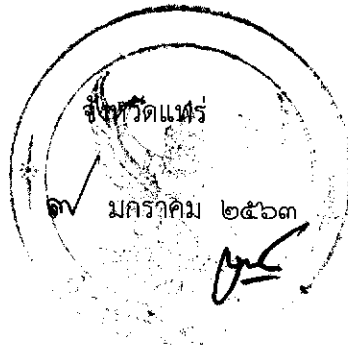




ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ว

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่  
และสำนักงานเทศบาลเมืองแพร่

ด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ แจ้งชักชวนความเข้าใจ  
แนวทางการดำเนินงานบริหารสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
รายละเอียดปรากฏสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด  
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น  
โทร. ๐๕๔-๕๓๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๖  
ผู้ประสานงาน นางวิมลรัตน์ สุทธิดี

แนวทางการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่

เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีแนวทางการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ จึงขอชักชวนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามประกาศฯ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เริ่มต้นข้อตกลงการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กรณีเข้าร่วมดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ขอให้ดำเนินงานตามแนวทาง ดังนี้

๑.๑ ให้ใช้เอกสารในการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงตามเอกสารแนบมาพร้อมนี้ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ - ๕)

๑.๒ ให้ปรับชื่อ “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ตามประกาศฯ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๑๘ เป็น “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง”

๑.๓ ให้ปรับชื่อบัญชี “กองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศฯ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑.๑ เป็นบัญชี “กองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง”

ทั้งนี้ อปท. ที่เข้าร่วมดำเนินงานก่อนประกาศฯ จะมีผลบังคับใช้ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ยังคงใช้แบบฟอร์มข้อตกลงระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตกับ อปท. เหมือนเดิม และขอให้ปรับใช้สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ - ๕ ซึ่งสามารถพิมพ์ออกจากโปรแกรม Long Term Care ระบบดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ได้

๒. ขยายเวลาเปิดรับ อปท. เพื่อเข้าร่วมดำเนินงานดูแลระยะยาวฯ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยกำหนดเวลาสิ้นสุดการรับเอกสารในวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๒

๓. บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุม ประชาชนคนได้ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย ขอให้ อปท. ร่วมกับหน่วยบริการและหน่วยจัดบริการสำรวจและประเมิน บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นคนไทยทุกกลุ่มวัย และทุกสิทธิ (คะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ โดยแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์) และให้หน่วยบริการหรือหน่วยจัดบริการเสนอรายชื่อบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรม LTC และ อปท. ยืนยันบุคคลในพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป สำหรับรายเก่าที่เสนอรายชื่อไว้ในโปรแกรมฯ เมื่อ อปท. บันทึกผลการอนุมัติ CP แล้วหากต้องการรับงบเพื่อดูแลต่อเพื่อให้หน่วยจัดบริการบันทึกคะแนน ADL หลังให้บริการ ๙ เดือนขึ้นไปในโปรแกรมฯ และกดับันทึก เสนอรายชื่อ ขอรับงบต่อเนื่องเพื่อ สปสช. จะได้ทำการโอนค่าบริการให้กับ อปท. ต่อไปหากเงินในบัญชี ธกส. มียอดคงเหลือน้อยกว่าหนึ่งเท่าของงบที่ขอรับหรือมีเหตุผลจำเป็นในการขอรับงบกรณีมีเงินในบัญชี ธกส. มากกว่าหนึ่งเท่าของงบที่ขอรับ

๔. ขอให้ Care manager (CM) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan: CP) และเสนอโครงการ จัดบริการดูแลระยะยาวฯ โดยแนบ CP ผ่านหน่วยจัดบริการเสนอต่อคณะกรรมการฯ ให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมายรายใหม่และรายเก่าภายใน ๓๐ วันหลังลงทะเบียนในโปรแกรมและประสาน อปท. โดย คณะอนุกรรมการฯ อนุมัติโครงการและค่าใช้จ่ายตาม CP ภายใน ๑๕ วัน หลังได้รับ CP จากหน่วยจัดบริการ

---

ข้อตกลงเลขที่.....

ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  
ระหว่าง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต..... กับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น.....  
กรณีเข้าร่วมดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต.....)

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

มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ หากได้รับการอนุมัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วจะดำเนินการ ดังนี้

๑. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม ที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว

๒. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป

๓. ประสานงานกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

๔. ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

๕. ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือ แนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และให้ถือว่าข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดขึ้นหรือแก้ไขเพิ่มเติมก่อนหรือระหว่างที่ข้อตกลงนี้มีผลบังคับใช้ เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

๖. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มดำเนินการตามข้อตกลงนี้ ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
จนสิ้นสุดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

กำหนดเวลาสิ้นสุดข้อตกลงตามวรรคหนึ่ง ถ้าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิได้บอกเลิกข้อตกลง ให้ถือว่าเวลาดำเนินงานตามข้อตกลงนี้ขยายออกไปอีกทุกๆหนึ่งปีงบประมาณ เว้นแต่กรณี  
ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นสมควรยกเลิกข้อตกลงนี้ ให้ข้อตกลงนี้สิ้นสุดในวันสิ้นปีงบประมาณนั้น

ลงชื่อ.....องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

อนุมัติ

ลงชื่อ.....สำนักงาน

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

โลโก้ (ถ้ามี)

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
ระหว่าง

..... กับ .....

ข้อตกลงเลขที่ ..... /25.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ ..... ตั้งอยู่ที่.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. 25..... ระหว่าง (ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) .....

โดย.....

(ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง  
กับ (ชื่อหน่วยจัดบริการ).....

โดย .....

(ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมี  
ข้อความดังต่อไปนี้

**ข้อ 1 การดำเนินงาน**

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพใน  
ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุป  
แผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
(เหมาะจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย  
หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตาม  
เอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้

ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับ  
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวน  
ทั้งสิ้นไม่เกิน ..... บาท (.....บาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น ..... งวด ดังนี้

งวดที่ 1 เป็นเงินจำนวน บาท ( ..... บาทถ้วน)

งวดที่ 2 เป็นเงินจำนวน บาท ( ..... บาทถ้วน)

ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... สิ้นสุด  
ในวันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลงให้หน่วยจัดบริการรายงานผล  
การดำเนินในโปรแกรม LTC

ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ  
โดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น  
(.....) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ ..... หน่วยจัดบริการ  
(.....) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

แบบฟอร์มโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนที่ท้องถิ่น

ส่วนที่ ๑ : โครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ  
บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (อบต./เทศบาล) ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ด้วย ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน)..... อำเภอ  
..... จังหวัด..... มีความประสงค์จะจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ  
บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ..... โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการ  
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้าย  
ประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ (เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี จำนวน ..... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน .....  
บาท (.....บาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)		

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อ  
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะ  
พึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุตามวันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล).....

ลงชื่อ ..... ผู้จัดทำโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จัดบริการ  
(ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....





ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

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

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

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ ล้ม		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะล้ม และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย หรือเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของ ชีวิต		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.....  
(.....)

ประธานคณะกรรมการ  
สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
(อบต./เทศบาล) ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ตัวอย่างฎีกาเบิกเงิน

กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

เลขที่ .....manual.....

วันที่จัดทำ..... manual.....

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (ชื่อ อปท.).....auto..... ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ (ชื่อหน่วยจัดบริการ)..... auto..... จำนวน ..... auto.....บาท (.....auto.....บาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น ..... auto.....งวด ดังนี้

งวดที่ 1 เป็นเงินจำนวน..... auto..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)

งวดที่ 2 เป็นเงินจำนวน..... auto..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)

ในการนี้ (ชื่อหน่วยจัดบริการ)..... มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน งวดที่ ..... จำนวน..... บาท (.....บาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯและแผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้

ลงชื่อ .....ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)  
(.....)

ตำแหน่ง.....

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน ..... auto..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ .....ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย) (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p>	<p>เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>เห็นควรให้เบิกจ่าย งวดที่... auto .....</p> <p>จำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาท)</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย</p> <p>วันที่.....</p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น</p> <p>เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>วันที่.....</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาท)</p> <p>ถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้บริหารท้องถิ่น</p>
<p>จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ชนามัติ</p> <p>Δ ทางธนาคาร</p> <p>ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ .....</p> <p>เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ .....</p> <p>จำนวนเงิน ..... บาท (.....)</p> <p>จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) .....</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง) (.....)</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง) (.....)</p>

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน) ชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (.....) ตำแหน่ง .....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน ... auto .. บาท (.....auto...บาท ถ้วน) ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง .....
วันที่ .....	วันที่ .....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน / ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ