



ที่ พร ๐๐๒๓.๓/ ๓๐๗๙

ศาลากลางจังหวัดแพร่
ถนนไชยบูรณ์ พร ๕๔๐๐

๗๗ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือซักซ้อมความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ให้ภัยสำหรับบุคคลที่มีภาวะพิบัติ และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ และนายกเทศมนตรีเมืองแพร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ ๒๒๙๑
ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดได้รับแจ้งจากการส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้ผ้าอ้อมผู้ให้ภัย แผ่นรองซับการขับถ่ายและผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ จึงแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ให้ภัยสำหรับบุคคลที่มีภาวะพิบัติ และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ที่เว็บไซต์ <https://bit.ly/3z1JXZa> หรือ QR code ท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอขอความร่วมมือแจ้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ดำเนินการต่อไป

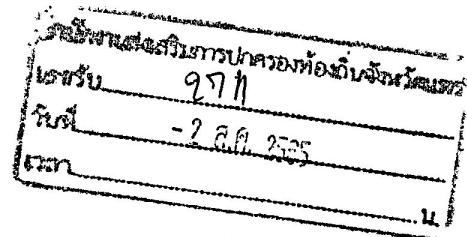
ขอแสดงความนับถือ

(นายวิเชียร อนุสาสนนันท)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดแพร่



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร. ๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๓๐๖
ผู้ประสาน นางวิมลรัตน์ สุทธิเดช

กสธ



ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๒๖๙๕

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตคุ้ม กทม. ๑๐๓๐๐

๒๙/ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือซักซ้อมความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช ๒.๗๓/๒๓๔๗๗
ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

จำนวน ๑ ชุด

๒. แนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ฯ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่ายและผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕

ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ที่ เว็บไซต์ <https://bit.ly/3z1JXZa> หรือ QR code ท้ายหนังสือฉบับนี้.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยูร รัตนเสนีย)

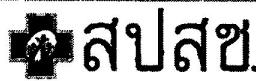
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



กองสาธารณสุขท้องถิ่น
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทร ๐-๒๒๔๑-๗๒๒๕/๐๘-๑๑๗๔-๓๗๓๘
อีเมลล์ อีเมล์ saraban@dla.go.th

๙๒๐

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
เลขที่ ๓๙๙๘๖
วันที่ ๒๐ ก.ค. ๒๕๖๕



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๑๗๐ หมู่ ๓ ถนน๒๔๔ อาคารรัฐประศาลาภิการ ศูนย์ราชการสิริกิติ์เดชพระราชนิเวศน์วารา ๒๕๖๐
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหนองจอก กรุงเทพฯ ๑๐๖๑๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๖๔๓ ๔๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๖๔๓ ๔๗๗๐

ที่ สปสช. ๒.๗๗/๒๕๖๕

๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือซักข้อมูลความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทย
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สังกัดส่วนมากด้วย แนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทยฯ

ตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕
วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบให้ผ้าอ้อมผู้ไทยฯ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิ
ประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับความร่วมมือ
ในการสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ร่วมกับ
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการประชุมเมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงขอความร่วมมือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ซักข้อมูลความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทยฯ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง
และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วม
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทราบและดำเนินงาน
ตามแนวทางดังกล่าว ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้องได้จากเว็บไซต์โปรแกรมบริหารจัดการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ <https://obt.nhsso.go.th/obt/home> รายละเอียด
ปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โดยเจ้าหน้าที่.....
เลขที่ ๑๕๗๘
วันที่ ๑๖ ก.ค ๒๕๖๕
เวลา..... ๙.๐๐

๖๗

รองเลขานุการ ปฏิบัติงานแทน
เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฝ่ายพัฒนาระบบทลักษณ์ประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

กลุ่มการกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

โทรศัพท์ ๐ ๒๖๔๓ ๔๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๖๔๓ ๔๗๗๐-๑

อีเมลล์: athit.v@nhsso.go.th jirayu.y@nhsso.go.th

ผู้รับผิดชอบ : นายอาทิตย์ วสุรัตน์/นางสาวจิราภรณ์ อุยุ่นนันท์

มือถือ ๐๙ ๐๑๗๙ ๕๒๖๕/๐๖ ๑๓๘๘ ๒๓๕



แนวทางการดำเนินงาน

ตามโครงการสนับสนุนผู้อ่อนเพี้ยนให้ญี่
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

ความเป็นมา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ 5/2565 วันที่ 2 พฤษภาคม 2565 เห็นชอบให้ผู้อ่อนเพี้ยนญี่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 เพื่อสนับสนุนผู้อ่อนเพี้ยนญี่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ในกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1. บุคคลที่มีภาวะพึงพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เดล เอดดี้แอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อป้องกันจากการแพทย์ รายละเอียดของประกาศดังกล่าวตามเอกสารหมายเลข 1

งบประมาณในการดำเนินงานตามโครงการฯ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) สนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ สำหรับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นคนไทยทุกสิทธิ

หน่วยงานที่มีสิทธิขอรับสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดทำโครงการฯ

หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

อัตราค่าผ้าอ้อมผู้อ่อนเพี้ยนญี่สำหรับดำเนินงานตามโครงการฯ และการสนับสนุนแผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

1. อัตราค่าผ้าอ่อนผู้อ่อนเพี้ยน 9.50 บาท จำนวนไม่เกิน 3 ชิ้นต่อคนต่อวัน รวมต่อวัน 28.50 บาท โดยมีคุณลักษณะตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รับรอง

2. อัตราค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก จำเป็นต้องศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสนับสนุนในภายหลัง

วิธีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ

1. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. จัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ่อนผู้อ่อนเพี้ยนญี่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามวิธีการดังนี้ รายละเอียดของโครงการดังกล่าวตามเอกสารหมายเลข 2

1) สำรวจ/ด้านหา/คัดกรองกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สำรวจตามรอบประเมินผลการดูแลรายบุคคลของ

ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงและบุคคลที่มีภาวะพึงพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึงพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทลเอ็ต แอล (BarthelADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (AdL<6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้สูงอายุ เพิ่มเติมจากงบกองทุนด้ำบล

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึงพิง AdL<6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาว และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้เรียบร้อยก่อน จึงจะสามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้สูงอายุจากงบกองทุนด้ำบล

3) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ให้พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาว หรือบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ประเมินหรือนำข้อบ่งชี้ทางแพทย์มาประกอบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้สูงอายุจากงบกองทุนด้ำบล ทั้งนี้ สปสช. ร่วมกับกรมอนามัยจัดทำแบบประเมินภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อให้หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. นำไปปรับใช้ในพื้นที่ รายละเอียดอยู่ในโครงการ รวมถึงอนุโลมให้นำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ออกของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสัจวารเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 หรือคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในบุคคลไม่สูงอายุได้

4) หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. ได้รับการประสาน/ติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช.เขต หรือสายด่วน 1330 ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมฯ ในพื้นที่หน่วยงานของท่าน ให้รับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ

5) หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชั้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เสนอโครงการให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

3. คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติโครงการ ให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท.

4. ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. ส่งจ่ายเงินกองทุนด้ำบลภายนอก ให้โครงการที่คณะกรรมการอนุมัติ ให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท.

5. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เบิกจ่ายงบประมาณ เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุให้กับกลุ่มเป้าหมายภายใต้โครงการที่ได้รับอนุมัติ ตามระเบียบของหน่วยงานดีบุบบีบัด

6. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. นำส่งผ้าอ้อมผู้สูงอายุให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือประสานกลุ่มเป้าหมายหรือญาติมารับแทนที่หน่วยงานได้ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความจำเป็นในพื้นที่ พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้สูงอายุที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประกอบการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการฯ

วิธีการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ

ผู้ที่ได้รับมอบหมายของกองทุนฯ บันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามโครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และข้อมูลจำนวนผ้าอ้อมผู้สูงอายุที่สนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เพื่อรายงานผลการเบิกค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ ด้วยโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระบบห้องเดินหรือพื้นที่ <https://obt.nhso.go.th/obt/home>

**วิธีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทย
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้**

**หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน
หรือ อปท. จัดทำโครงการ**

**ประกาศ/ระเบียบ
ที่เกี่ยวข้อง**

บุคคลที่มีภาวะพึงพิง

LTC CP (ADL≤6)

1. สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง โดย CM สำรวจจาก CP ตามรอบ ประเมิน เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทยเพิ่มเติม
2. CM พhnpm CP ทำ CP ก่อน และนำผ้าอ้อมมาสนับสนุน
3. หน่วยฯในพื้นที่ได้รับแจ้งจาก กลุ่มเป้าหมาย/ญาติ/ประชาชน /1330/สปสช.เขต หน่วยฯรับเรื่อง ให้ CM ทำ CP และนำผ้าอ้อมผู้ไทย มาสนับสนุน

**บุคคลที่มีภาวะปัญหา
กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้**

ดำเนินผลการประเมิน
หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

1. สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง เพื่อประเมินกลุ่มเป้าหมาย และสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทย
2. หน่วยฯในพื้นที่ได้รับแจ้งจาก กลุ่มเป้าหมาย/ญาติ/ประชาชน /1330/สปสช.เขต หน่วยฯรับเรื่อง ทำการประเมินกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทย

ประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประกัน
และขอบเขตของบริการ
สาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565

ประกาศคณะกรรมการหลักฯ
กองทุนฯห้องถัง 61 และที่แก้ไข
เพิ่มเติม ข้อ 4 นิยามหน่วยฯ/
ข้อ 10 (1) (3) /ข้อ 16 (2)
/เอกสารหมายเลข 1
แบบท้ายประกาศ
ข้อ 2.1 และข้อ 4.1

**สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนขึ้น/จำนวนวัน
/จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด**

เงินอุดหนุนที่ได้คิดตามการก่อจุนพิจารณาอนุมัติ

ผู้อำนวยการเขตของ อปท. สั่งจ่ายเงินกองทุนฯภายใต้โครงการให้กับบุปผายงาน

**หน่วยงานเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ไทย ให้กับกลุ่มเป้าหมาย
ภายใต้โครงการที่ได้วรับอนุมัติ ตามระเบียบของหน่วยงานถือปฏิบัติ
และนำส่งผ้าอ้อมผู้ไทย หรือให้กับกลุ่มเป้าหมาย/ญาติรับแทนที่หน่วยงานกีด
พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ไทยที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย**



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ กรณีบริการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

อาศัยอำนาจตามความใน (๑) ของบทนิยามคำว่า “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ในมาตรา ๓ มาตรา ๔ วรรคสาม และมาตรา ๑๘ (๓) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๙) ของบัญชีหมายเลข ๔ แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

“(๙) ผ้าอ้อมผู้ไข้ แผ่นรองชักการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ในกลุ่มเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

(ก) บุคคลที่มีภาวะพึงพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทลเดลิด (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)

(ข) บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อปัจจัยทางการแพทย์”

ประกาศ ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

นายอนุพัน ชาญวีรภูล

(นายอนุพัน ชาญวีรภูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

-ตัวอย่าง-

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ
**สำหรับบุคคลที่มีภาวะพิบัติ และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
 สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบของผู้ดำเนินโครงการ**

เรื่อง โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพิบัติ และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ด้วย หน่วยงาน...[หน่วยบริการ/ส่วนราชการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/หน่วยงานสาธารณสุข.(อปท.)] มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ สำหรับบุคคล ที่มีภาวะพิบัติ และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ในปีงบประมาณ 256x โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นเงิน ...xxxx... บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด)

1. หลักการและเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพิบัติโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชน อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้สูงอายุเป็นสิทธิประโยชน์ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพิบัติสามารถแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาว ด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมิน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ดังนั้น งบประมาณ ที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับห้องถังหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการ จัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้นได้

(...เช่นหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน...) จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ สำหรับบุคคลที่มีภาวะ พิบัติ และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุน.....

2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพิบัติ และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เซลเลอเดล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุเพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทาง การแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

3. วิธีดำเนินการ

1. (เงื่อนไขรายงานที่ขอรับสนับสนุน). จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1) สำราญ/คันหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สำรวจตามรอบปะเมืองผลการดูแลรายบุคคล ของชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิงและบุคคลที่มีภาวะพึงพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึงพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทลเลอ ตีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Adl≤6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้สูงอายุ เพิ่มเติมจากงบกองทุนต่ำบล

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึงพิง Adl≤6 แต่ไม่แผนการดูแลรายบุคคลตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้เรียบร้อยก่อน และนำເเฉพาะรายการค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้สูงอายุสนับสนุนจากงบกองทุน ต่ำบล

3) สำราญ/คันหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ในพื้นที่ โดยพยาบาลรพชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำการประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางแพทย์ประกอบการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ

4) กรณีพบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับประสานติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช.เขต หรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับผ้าอ้อมฯ ในพื้นที่ หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนรับเรื่องและดำเนินการจำแนก กลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ

5) สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชั้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2. หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนดำเนินการจัดหาและนำส่งผ้าอ้อมผู้สูงอายุให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้สูงอายุที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

3. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการ กองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

หมายเหตุ : รายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

3. กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคคลที่มีภาวะพึงพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เทลเลอตีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) จำนวน :xxx: คน

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน :xxx: คน

4. ระยะเวลาดำเนินการ

อาจถูกหักคร้อนละ 3..6..หรือ 12. เดือน ถ้าจัดส่งยุบกับสถานการณ์และความเร่งด่วนที่เป็นไปในพื้นที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึง วันที่เดือน พ.ศ.

5. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่ร้านพิเศษของผู้ป่วย

6. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

1) ค่าพักร้านผู้ป่วย

(จำนวนคน x ราคา.....บาทต่อชั่วโมง x จำนวน 3 ชั่วโมง
x จำนวนวัน = ราคารวม)

เป็นเงิน -xxxx- บาท

2) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

(ตามอัตราราคาเบี้ยบห่วงงานที่รับงบ)

เป็นเงิน -xxxx- บาท

3) ค่าประชาสัมพันธ์โครงการ

เป็นเงิน -xxxx- บาท

4) ค่าวัสดุ/อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม

เป็นเงิน -xxxx- บาท

5) ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการกิจกรรม

เป็นเงิน -xxxx- บาท

รวม บาท

หมายเหตุ : อัตราราคาและจำนวนที่ใช้ต่อวันตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผู้ป่วยให้ส่ง返บุคคลที่มีภาวะพึงพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะพึงพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ เรลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผู้ป่วยให้เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผู้ป่วยให้ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

เอกสารแบบโครงการ

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพิ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพิ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้สูงอายุ

ชื่อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ชื่อผู้ หมายเลขอรหัสพ่อ(พี่ดีดีต่อ)	วันจัดทำ
เด็กวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)	วินิจฉัย : ชื่อ มูลสุขภาพเบื้องต้น :	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่าย รายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพิ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวน เงิน.....บาท โดยมี รายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ <ol style="list-style-type: none">- ผ้าอ้อมผู้สูงอายุ จำนวน.....ชิ้น		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

เอกสารแบบโครงการ

แบบประเมิน
บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผู้อ่อนเพี้ยน

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขอรหัสที่ (ติดต่อได้)	วัน/เดือน/ปี (เกิด) อายุ ปี	ที่อยู่
วันที่ประเมิน	ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (กรณีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input type="checkbox"/> มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบรอบประสาทปกติ (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน) หรือมีภาวะอุ้งเชิงกรานหื่อง หรือมีน้ำปัสสาวะดังในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีบริบูรณ์แพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างได้อย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทวารเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ให้ญี่และนรูดทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน

เอกสารแนบโครงการ

-ตัวอย่าง-

-ตัวอย่าง-