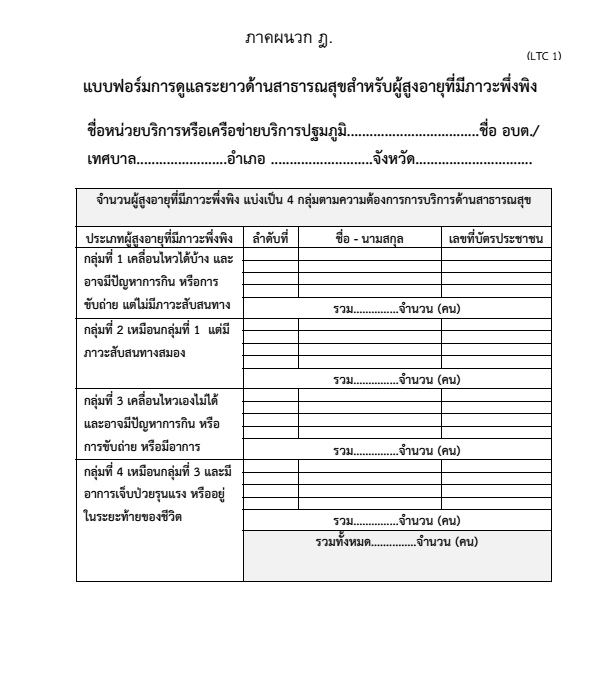
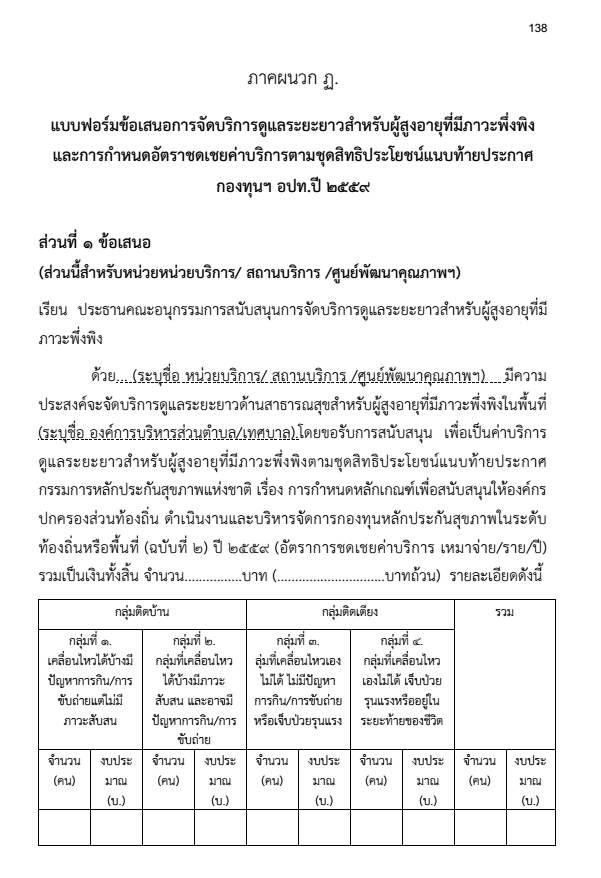
**3. ทำข้อตกลงเพื่อขอรับเงินจากกองทุน LTC /กองทุนหลักประกันสุขภาพ**

- ใช้แบบฟอร์มที่ส่งข้อมูล สปสช.

- ประสานงานกับผู้รับผิดชอบของ อปท.ให้เข้าใจตรงกัน/คู่มือLTC แนบให้ในภาคผนวก

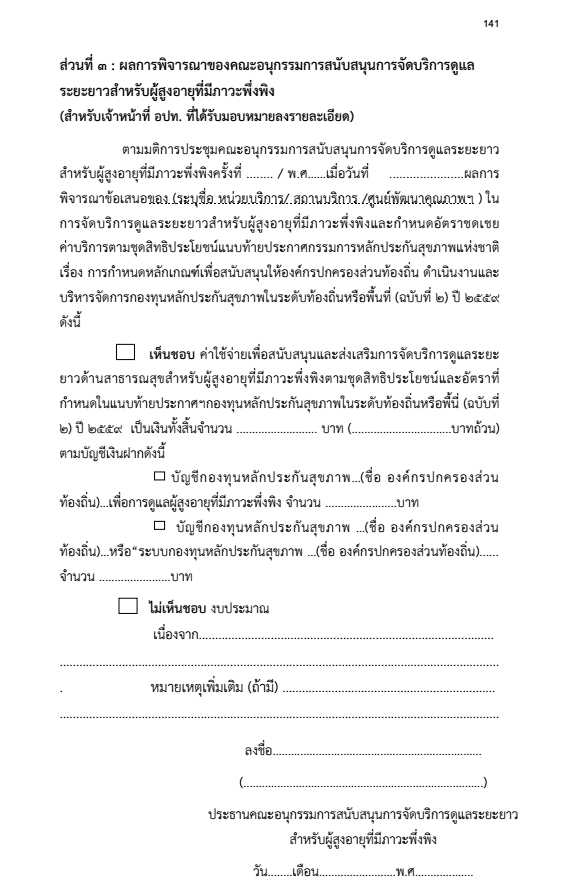
- ส่งคำขอ 26 ราย /แนบบันทึกแผนส่วนที่ 2 /26 ราย

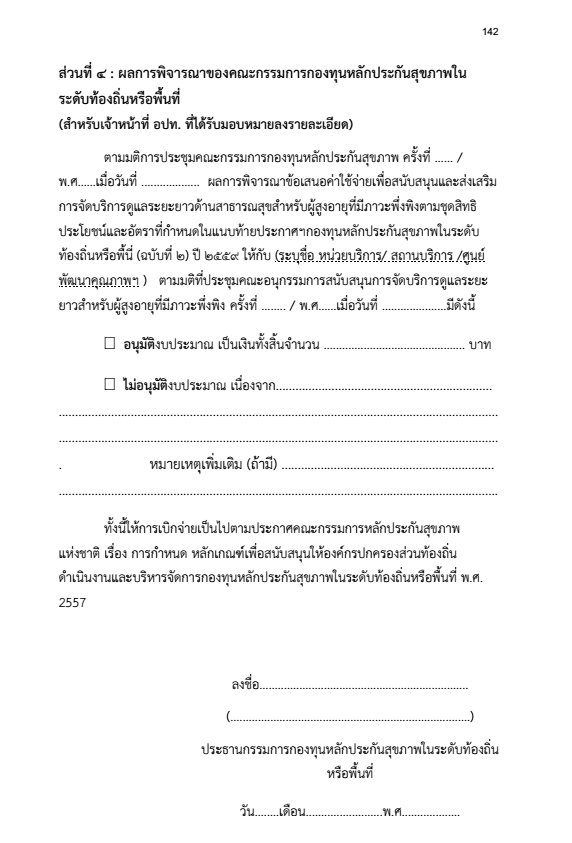


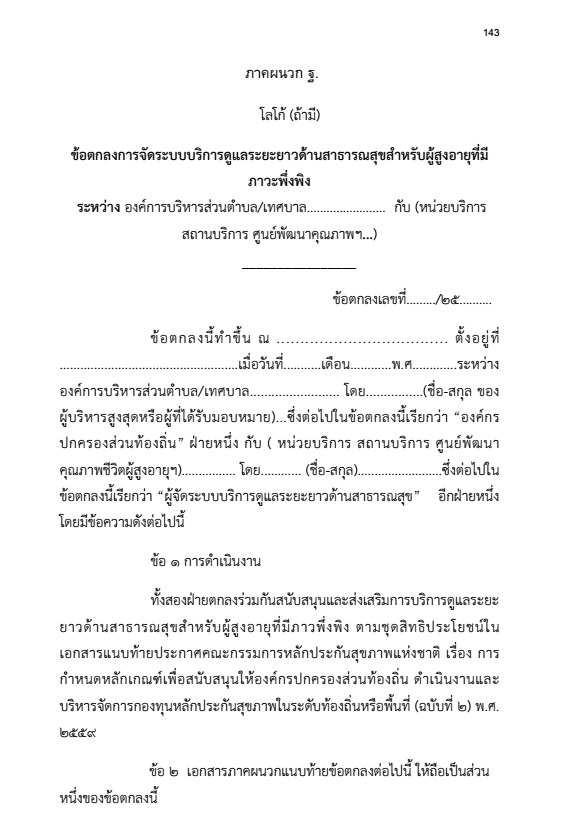


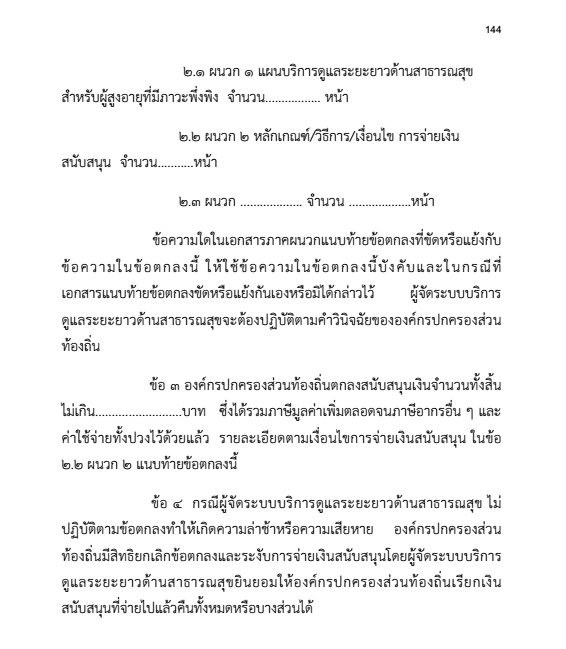


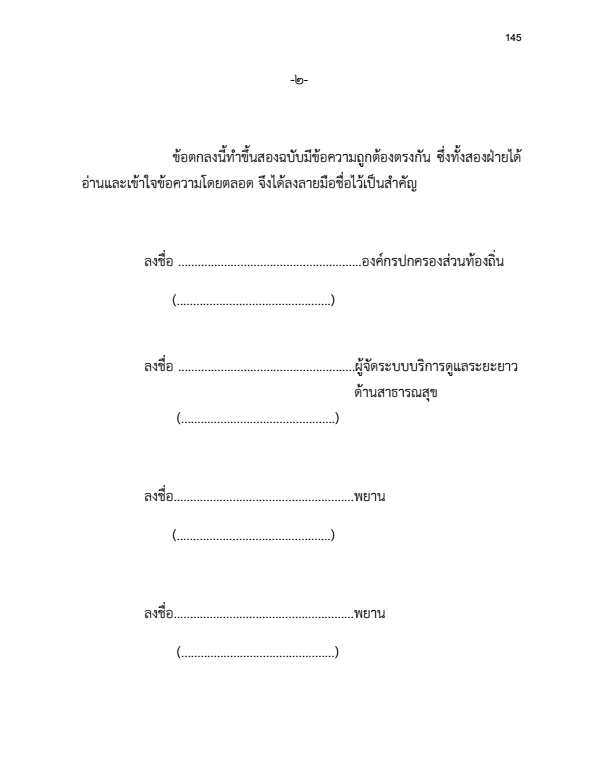












**ข้อเสนอการจัดบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการกําหนดอัตราชดเชยค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกองทุนฯ อปท.ปี ๒๕๕๙**

**ส่วนที่ ๑ ข้อเสนอ**

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองผือ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เทศบาลตําบลหนองผือ โดยขอรับการสนับสนุน เพื่อเป็นค่าบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกําหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดําเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙ (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จํานวน 27,090 บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันเก้าสิบบาทถ้วน ) รายละเอียดดังนี้

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กลุ่มติดบ้าน | | | | กลุ่มติดเตียง | | | | รวม | |
| กลุ่มที่ ๑.  เคลื่อนไหวได้บ้างมี  ปัญหาการกิน/การ  ขับถ่ายแต่ไม่มี  ภาวะสับสน | | กลุ่มที่ ๒.  กลุ่มที่เคลื่อนไหว ได้บ้างมีภาวะ สับสน และอาจมี การกิน/การขับถ่าย | | กลุ่มที่ ๓. กลุ่มที่เคลื่อนไหนเองไม่ได้ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย  หรือการเจ็บป่วยรุนแรง | | กลุ่มที่ ๔.  กลุ่มที่เคลื่อนไหว  เองไม่ได้ เจ็บป่วย  รุนแรงหรืออยู่ใน  ระยะท้ายของชีวิต | |
| จำนวน (คน) | งบประมาณ  (บ.) | จำนวน (คน) | งบประมาณ  (บ.) | จำนวน (คน) | งบประมาณ  (บ.) | จำนวน (คน) | งบประมาณ  (บ.) | จำนวน (คน) | งบประมาณ  (บ.) |
| ๑๕ | ๖๓๐๐ | ๑ | ๙๖๐ | ๘ | ๗๖๘๐ | ๒ | 12150 | ๒๖ | ๒70,9๐ |

ระยะเวลาดำเนินการ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๕๙ – กันยายน พ.ศ.๒๕๕๙

ทั้งนี้ ได้แนบแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ รายละเอียดตามเอกสาร

ลงชื่อ ..........................................................ผู้จัดทำข้อเสนอ

(นางสุปราณี ผือโย )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒8 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

**ส่วนที่ ๒**

แผนการดูแล(Care Plan) รายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนงบบริการสาธารณสุขสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อนายหมัน ชิตรัตน์** | **ที่อยู่141 ม.1**  **หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** | **วันจัดทำ 21 กรกฎาคม 2559** |
| **เกิดวันที่ 1 เดือน ม.ค. ปี 2476 (อายุ.83.......ปี)** | **วินิจฉัย ตาบอดทั้ง 2 ข้าง /กลุ่ม 1 /ADL 11/TAI –** | |
| **สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน** | **ประเด็นปัญหา/ความต้องการ** | **เป้าหมายการดูแล** |
| เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู๋ในกลุ่มที่ 1  ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวน....420........บาท  ( การจัดบริการจนท./1 ครั้ง/เดือน  CG ติดตามเยี่ยมดูแล/ 2 ครั้ง/เดือน | เดินไปมาได้สะดวก/  พื้นบ้านต่างระดับได้รับการแก้ไขเพื่อสะดวกต่อการใช้ชีวิตประจำวัน | * ระยะสั้น 1 เดือน |
|  |  |
| สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติอย่างมีความสุข | * ระยะยาว 3 เดือน |
|  |  |
| **การดูแล** | **ข้อควรระวังในการให้บริการ** |
| ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกรรมการหลักประกัน  สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกําหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดําเนินงานและบริหารจัดการกองทุน  หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙  \*ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงสามารถยืดหยุ่นได้โดยคํานึงถึงสภาวะของ  ผู้ป่วยเป็นสําคัญ” | การเกิดอุบัติเหตุ  การหกล้ม |

ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามมติการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งที่ ๒ / พ.ศ.๒๕๕๙ เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ.2559 ผลการพิจารณาข้อเสนอของ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองผือ

ในการจัดบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และกำหนดอัตราชดเชยค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง การกําหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดําเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙ ดังนี้

เห็นชอบ ค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สําหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กําหนดในแนบท้ายประกาศฯกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙ เป็นเงินทั้งสิ้นจํานวน 27,090 บาท ( สองหมื่นเจ็ดพันเก้าสิบบาทถ้วน )ตามบัญชีเงินฝากดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหนองผือเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จํานวน ๑๖๐,๐๐๐บาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ …(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)…หรือ“ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ …(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)......

จํานวน .......................บาท

ไม่เห็นชอบ งบประมาณ

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

.......................................................................................................................................................................................................

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

..........................................................................................................................................................

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

( นายประชัน พลศรีราช )

ประธานคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว

สําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

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

**ส่วนที่ ๔ : ผลการพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถินหรือพื้นที่**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ครั้งที่ ๑ / พ.ศ.**๒๕๕๙** เมื่อวันที่ พ.ศ.๒๕๕๙ ผลการพิจารณาข้อเสนอค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสําหรับผู้สูงอายุทมีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราทีกําหนดในแนบท้ายประกาศฯกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ่ท้องถิ่นหรือพื้นี่ (ฉบับที่ ๒) ปี ๒๕๕๙ ให้กับศูนย์พัฒนาคุณภาพชิวิตผู้สูงอายุตำบลหนองผือ ตามมติที่ประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึงพิง ครั้งที่ ๒ / พ.ศ.๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม มีดังนี้

อนุมัติงบประมาณ เป็นเงินทั้งสิ้นจํานวน 27,090 บาท

ไม่อนุมัติงบประมาณ เนื่องจาก............................................................................................................

......................................................................................................................................................

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

.............................................................

ทั้งนี้ให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกําหนด หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดําเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

พ.ศ.๒๕๕๗

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

(นายประชัน พลศรีราช)

ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลหนองผือ

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

**.**

**โลโก้ (ถ้ามี)**

**ข้อตกลงการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสําหรับผู้สุงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง**

ระหว่าง

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตําบลหนองผือ

กับ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองผือ

ข้อตกลงเลขที่.............../๒๕๕๙

ข้อตกลงนี้ ทําขึ้น ณ เทศบาลตําบลหนองผือ ตั้งอยู่ที่ ม.11 เมื่อวันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๙ ระหว่างเทศบาลตําบลหนองผือ โดย นายประชัน พลศรีราชซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ” ฝ่ายหนึ่งกับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองผือ โดย นางสุปราณี ผือโย ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้จัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข” อีกฝ่ายหนึ่งโดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดําเนินงานทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันสนับสนุนและส่งเสริมการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดําเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙

ข้อ ๒ เอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

๒.๑ ผนวก ๑ แผนบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสําหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จํานวน ๒๖ หน้า

๒.๒ ผนวก ๒ หลักเกณฑ์/วิธีการ/เงื่อนไข การจ่ายเงินสนับสนุน จํานวน ๒๖ หน้า

๒.๓ ผนวก ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. จํานวน ...๑๖.......หน้า ข้อความใดในเอกสาร

ภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงที่ขัดหรือแย้งกับข้อความในข้อตกลงนี้ให้ใช้ข้อความในข้อตกลงนี้บังคับและในกรณีที่อกสารแนบท้ายข้อตกลงขัดหรือแย้งกันเองหรือมิได้กล่าวไว้ผู้จัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจะต้องปฏิบัติตามคําวินิจฉัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจํานวนทั้งสิ้นไม่เกิน 27,090 บาท ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว รายละเอียดตามเงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุน

ข้อ ๔ กรณีผู้จัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทําให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดระบบบริการดู แลระยะยาวด้านสาธารณสุข ยินยอมให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทําขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสําคัญ

ลงชื่อ ........................................................นายกเทศมนตรีตำบลหนองผือ

(นายประชัน พลศรีราช )

ลงชื่อ........................................................ผู้จัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

(นางสุปราณี ผือโย )

ลงชื่อ.........................................................พยาน

(พันจ่าเอกบุญคง จันทราคา )

ลงชื่อ..........................................................พยาน

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