

ที่ว่าการอำเภอเทพสถิต
2549 1258
E 4 ส.ค. 2565



ที่ ขย ๐๐๒๓.๓/๑๑๑๕/๑

สนง.ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ
ศาลากลางจังหวัดชัยภูมิ ๑๐๙๓๒๕
ถนนบูรณาการ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ ๓๖๐๐๒๕๖๕
วันที่.....

๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือชักชวนความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับ
บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และนายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๒๒๙๑

ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ว่าในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับถ่าย
และผ้าอ้อมทางเล็อก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕

จังหวัดชัยภูมิพิจารณาแล้ว จึงให้อำเภอแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงาน
และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงาน
ตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรือ
อุจจาระไม่ได้ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดสิ่งส่งมาด้วยได้ที่เว็บไซต์ <https://bit.ly/3z1JXZa> หรือ QR code
รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และเทศบาลเมืองชัยภูมิ
ให้ทราบและดำเนินการด้วยเช่นเดียวกัน

เรียน นายอำเภอเทพสถิต
- สำนักงานสาธารณสุข
- จังหวัดชัยภูมิ
- กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร./โทรสาร ๐๔๔-๘๒๒๒๐๓
03 ส.ค. 2565

ขอแสดงความนับถือ

(นายชาญชัย ศรีศรีวิชัย)
รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

(นางสาวบุษยามณี นิกกรม)
นักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นปฏิบัติการ
03 ส.ค. 2565

ว่าที่ร้อยตรี
(เอกพล เรืองเพชร)
ปลัดอำเภอ รักษาการแทน
นายอำเภอเทพสถิต

1/11/2565

W



P6/5
วันที่... ๑๑/๑๑/๒๕๖๕
เวลา...

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๒๒๕๖

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒๕/ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือชักชวนความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับ
บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ สปสช ๒.๗๗/๒๓๕๑๗
ลงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด

๒. แนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่ายและผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภท
และขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายประยูร รัตนเสนีย์)

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



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



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ ๒๐ น.ค. ๒๕๖๕

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
เลขที่ ๓๙๙๘๖
วันที่ ๒๐ น.ค. ๒๕๖๕

ที่ สปสช ๒.๗๖๓/๒๓๕๑๗

๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือชี้แจงความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญญาพิการอันเป็นสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่ฯ

ตามที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๖๕ วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบให้ทำอวัยวะใหญ่ แต่รับรองสิทธิการเข้าถึง และส่งอวัยวะทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับความร่วมมือในการสนับสนุนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ในการประชุมเมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕ นั้น

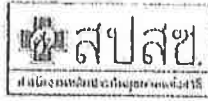
ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงขอความร่วมมือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ชี้แจงความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญญาพิการอันเป็นสภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ทราบและดำเนินงานตามแนวทางดังกล่าว ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้องได้จากเว็บไซต์โปรแกรมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ <https://olt.nhso.go.th/olt/home> รายละเอียดขอทราบและโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

๑๖
รองเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๕
เลขที่ ๓๕๗๘
วันที่ ๒๓ ก.ค. ๒๕๖๕
เวลา.....น.

ฝ่ายพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๓ ๕๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๕๓๓๐-๓
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ athic.v@nhso.go.th/jitayun@nhso.go.th
ผู้รับผิดชอบ : นายอาทิตย์ วุฒินันท์/นางสาวจิราฎ ยุกนันท์
มือถือ ๐๙ ๐๓๙๙ ๕๓๒๕/๐๖ ๓๓๕๙ ๒๑๙



แนวทางการดำเนินงาน

ตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

ความเป็นมา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ 5/2565 วันที่ 2 พฤษภาคม 2565 เห็นชอบให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอ็ดดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)
2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รายละเอียดของประกาศดังกล่าวตามเอกสารหมายเลข 1

งบประมาณในการดำเนินงานตามโครงการฯ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) สนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ สำหรับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นคนไทยทุกสิทธิ

หน่วยงานที่มีสิทธิขอรับสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดทำโครงการฯ

หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

อัตราราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับดำเนินงานตามโครงการฯ และการสนับสนุนแผ่นรองขับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

1. อัตราราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ต่อชิ้น 9.50 บาท จำนวนไม่เกิน 3 ชิ้นต่อคนต่อวัน ราคารวมต่อวัน 28.50 บาท โดยมีคุณลักษณะตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รับรอง

2. อัตราราคาแผ่นรองขับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก จำเป็นต้องศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสนับสนุนในภายหลัง

วิธีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ

1. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. จัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามวิธีการดังนี้ รายละเอียดของโครงการดังกล่าวตามเอกสารหมายเลข 2

1) สืบราคา/ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สืบราคาในรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของ

ชุดสิทธิประโยชน์บริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LIC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธล (Barthe ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Adls6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมจากงบกองทุนตำบล

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง Adls6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลตามชุดสิทธิประโยชน์ LIC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ LIC ให้เรียบร้อยก่อน จึงจะสามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่จากงบกองทุนตำบล

3) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ให้พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ประเมินหรือนำข้อบ่งชี้ทางแพทย์มาประกอบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่จากงบกองทุนตำบล ทั้งนี้ สปสข. ร่วมกับกรมอนามัยจัดทำแบบประเมินภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อให้หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. นำไปปรับใช้ในพื้นที่ รายละเอียดอยู่ในโครงการ รวมถึงอนุโลมให้ไว้แก่หน่วยงานปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 หรือคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในบุคคลไม่สูงอายุได้

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

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

2. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เสนอโครงการให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

3. คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติโครงการ ให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท.

4. ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. ส่งจ่ายเงินกองทุนตำบลภายใต้โครงการที่คณะกรรมการอนุมัติ ให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท.

5. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมายภายใต้โครงการที่ได้รับอนุมัติ ตามระเบียบของหน่วยงานถือปฏิบัติ

6. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. นำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือประสานกลุ่มเป้าหมายหรือญาติมารับแทนที่หน่วยงานก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความจำเป็นในพื้นที่ พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประกอบการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการฯ

วิธีการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ

ผู้ที่ได้รับมอบหมายของกองทุนฯ บันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามโครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และข้อมูลจำนวนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เพื่อรายงานผลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ ด้วยโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ <https://obt.nhso.go.th/obt/home>

วิธีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญญาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

<p>หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อ.ปท. จัดทำโครงการ</p>	<p>ประกาศ/ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง</p>	
<p>บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง LIC-CP (ADL ≤ 6)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำรอง/ค้นหา/คัดกรอง โดย CM. สำรองจาก CP ตามรอบ ประเมิน เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติม 2. CM พบไม่มี CP ทำ CP ก่อน และนำผ้าอ้อมมาสนับสนุน 3. หน่วยงาในพื้นที่ได้รับแจ้งจาก กลุ่มเป้าหมาย/ญาติ/ประชาชน /1330/สพส.เขต หน่วยงารับเรื่อง ให้ CM ทำ CP. และนำผ้าอ้อมผู้ใหญ่ มาสนับสนุน 	<p>บุคคลที่มีภาวะปัญญาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมิน หรือข้อร้องชี้ทางการแพทย์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำรอง/ค้นหา/คัดกรอง เพื่อประเมินกลุ่มเป้าหมาย และสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 2. หน่วยงาในพื้นที่ได้รับแจ้งจาก กลุ่มเป้าหมาย/ญาติ/ประชาชน /1330/สพส.เขต หน่วยงารับเรื่อง ทำการประเมินกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 	<p>ประกาศคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภท และขอบเขตของบริการ ยาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565</p> <p>ประกาศคณะกรรมการหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 61 และที่แก้ไข เพิ่มเติม ข้อ 4 บัญชีหน่วยงา/ ข้อ 10 (1) (3) /ข้อ 16 (2) /เอกสารหมายเลข 1 แนบท้ายประกาศฯ ข้อ 2.1 และข้อ 4.1</p>
<p>สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน /จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด</p>		
<p>เสนอโครงการให้คณะกรรมการกองทุนพิชิตภัยภาคพื้นดิน</p>		
<p>ผู้บริหารสูงสุดของ อ.ปท. ส่งขออนุมัติงบประมาณภายใต้โครงการให้กับหน่วยงา</p>		
<p>หน่วยงานเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ภายใต้โครงการที่ได้รับอนุมัติ ตามระเบียบของหน่วยงานก่อนปฏิบัติ และนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หรือให้กลุ่มเป้าหมาย/ญาติรับแจ้งหน่วยงาพื้นที่ พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย</p>		



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 (๑๒) ของบทนิยามคำว่า "ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข" ในมาตรา ๓ มาตรา ๕ วรรคสาม และมาตรา ๓๘ (๓) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 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 แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

"(๙) ผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ ผู้พิการ ผู้ป่วย และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

(ก) บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความพิการในการคำนวณกิจกรรมประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอด์แอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)

(ข) บุคคลที่มีภาวะปัญญาทึบหรือภาวะออทิสซึมที่ไม่สามารถสื่อสารหรือออกเสียงหรือข้อบกพร่องทางการแพทย์"

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

-ตัวอย่าง-

โครงการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
สามารถปรับได้ตามความต้องการของผู้ดูแลโครงการ

เรื่อง โครงการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ด้วย หน่วยงาน.....แห่ง.....มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ในปัจจุบันประมาณ 2568 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....เป็นเงินบาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

1. หลักการและเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นด้วยใช้ตัวอ่อนผู้ใหญ่ เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงไม่ได้ให้ตัวอ่อนผู้ใหญ่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลและพยาบาลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเพิ่มขึ้น ดังนั้น งบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

(.....สำนักงานที่รับผิดชอบสนับสนุน.....) จึงจัดทำโครงการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน.....

2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอ็ดิแอส (Barthel ADL index) เท่ากับหรือมากกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนตัวอ่อนผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. วิธีดำเนินการ

1. (ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อบกพร่อง) จัดทำโครงการดูแลยอหรือรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1) สืบรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สืบรวจตามร่องประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของชุดสิทธิประโยชน์บริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อยืนยันบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เชลเลดีแอส (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Acl6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผู้อพยพผู้ใหญ่ เพิ่มเติมจากงบกองทุนตำบล

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง Acl6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลตามชุดสิทธิประโยชน์ LTC ให้ผู้จัดการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ LTC ให้เรียบร้อยก่อน และนำเฉพาะรายการค่าใช้จ่ายสำหรับผู้อพยพผู้ใหญ่มาสนับสนุนจากงบกองทุนตำบล

3) สืบรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้สูงอายุที่ไม่ได้ในพื้นที่ โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการดูแลระยะยาว หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำการประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางแพทย์ประกอบการสนับสนุนผู้อพยพผู้ใหญ่

4) กรณีพบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับประสานติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย บุคคล ประชาชน สปสช.เขต หรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับคำอธิบายในพื้นที่ กรณีขอรับเงินสนับสนุนเงินเลี้ยงชีพและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผู้อพยพผู้ใหญ่

5) สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนที่รับ/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2. หน่วยงานที่ขอรับเงินสนับสนุนดำเนินการจัดหาและนำส่งผู้อพยพผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดหาหลักฐานการรับผู้อพยพผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

3. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนพัฒนาเมืองเสริมสร้างโครงการ

หมายเหตุ : รายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผู้อพยพผู้ใหญ่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

3. กลุ่มเป้าหมาย

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

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน :xxx: คน

4. ระยะเวลาดำเนินการ

จากวันตรุษสงกรานต์ ๒๕๖๓ ถึง ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ซึ่งอยู่ถึงสิ้นปีงบประมาณและควรรู้แจ้งเป็นในพื้นที่ วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ถึง วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

5. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่รับผิดชอบของกองทุนฯ

6. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

- 1) ค่าตัวอ่อนผู้ใหญ่ เป็นเงิน บาท
(จำนวนคน x ราคา.....บาทต่อตัว x จำนวน 5 ชิ้น/ชิ้น
x จำนวนวัน = ราคารวม)
- 2) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นเงิน บาท
(ตามอัตราของหน่วยงานที่รับงาน)
- 3) ค่าประชุมสัมมนาเชิงโครงการ เป็นเงิน บาท
- 4) ค่าวัสดุ/อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม เป็นเงิน บาท
- 5) ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการกิจกรรม เป็นเงิน บาท

รวม.....บาท

หมายเหตุ : อัตราราคาและจำนวนที่ใช้ต่อวันตามแนจตรงกว่าค่าเงินบาทของโครงการนี้เงินค่าตัวอ่อนผู้ใหญ่ ดำเนินบุคคลที่มีภาวะที่พึ่ง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนที่เรื้อรังหรือยุ่งยากไม่ได้

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะที่พึ่ง แลยมีค่าชดเชยระดับความรุนแรงรวมโครงการนี้เป็นกิจวัตรประจำวันตั้งโปรแกรมเซทเนดดีแอด (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลในระยะยาวที่เอื้ออำนวยสุข (Care Plan) ได้รับบริการฝังตัวอ่อนผู้ใหญ่ เสริมเติมเต็มสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนไม่สามารถรับประทานอาหารไม่ได้ ตามผลการประเมินเตรียมพร้อมที่ทางโรงพยาบาลได้รับการบำบัดฝังตัวอ่อนผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการมาตรฐานดูแลตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบโรงพยาบาล

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่ใช่ ประเภท ADI เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับผู้รับดูแลที่อาศัยอยู่ใหญ่

ชื่อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันจัดทำ
เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)	วินิจฉัย : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :	
สถานะสุขภาพ/จบประมาณเหมาะสม รายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหาความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาะสมรายปีเป็น จำนวน เงิน.....บาท โดยมี รายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปีสถานะหรือคงจากระไม่ได้ มีความต้องการ/ควรได้รับ ผู้ช่วยผู้ใหญ่ จำนวน.....ชิ้น		
ชื่อคณะกรรมการให้การให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan	ข้าพเจ้าขอรับรองการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้รับ)	

แบบประเมิน
 ผลลัพธ์ที่ภาวะปัญญาเสื่อมเป็นภาวะหรืออาการอะไรได้ ตามผลการประเมินหรือใบแจ้งชี้แจงการตรวจ
 สำหรับเก็บข้อมูลตัวอ่อนผู้ใหญ่

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญญาเสื่อม ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้)	วัน/เดือน/ปี (เกิด) อายุ ปี	ที่อยู่
วันที่ประเมิน	ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะเคลื่อนอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	ชื่อตั้งชื่อทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input type="checkbox"/> มีประวัติฉีกชั้นปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่อยู่ <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาท บกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพฤกษ์ อัมพาต) หรือมีภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งใน ช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/วินิจฉัยการ ตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้อง ทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทาง ปัสสาวะวิทยา, ตรวจวัดการ ทำานของลำไส้ใหญ่และทวาร ทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวช ปฏิบัติ/ผู้จัดรายการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ <input type="checkbox"/> คำยินยอมผู้ใหญ่ จำนวน...ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน

