

ที่ สปลช. ๓.๖๕/๒๗

๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ตอบข้อหารือการสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี

อ้างถึง หนังสือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ ที่ สปลช. ๕.๓๘/๘๓๕ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย ขั้นตอนการโอนงบประมาณการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี แจ้งว่าโรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ขอรื้อหรือการสนับสนุนงบประมาณการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปลช.) ขอเรียนว่า ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ข้อ ๗/๑ “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ... ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการที่จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง...” และความในวรรคสอง “ให้จ่ายค่าตอบแทนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนดได้ และรวมถึงจ่ายเป็นค่าตอบแทนของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ในอัตราที่แตกต่างกันได้ ตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนดหรือตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำหนดหรือเห็นชอบแต่ต้องไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด” และข้อ ๘/๑ “ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าบริการและเห็นชอบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาว... ตามข้อ ๗/๑... เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้าย... ประกอบกับข้อ ๑๑ กำหนดให้ “คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ (๑) พิจารณานุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน” เมื่อพิจารณาจากข้อกำหนดของประกาศข้างต้น จึงมีความเห็นตามประเด็นข้อหารือ ดังนี้

๑. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้รับอนุมัติสามารถจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยวิธีจัดซื้อหรือจัดจ้างได้หรือไม่ (ตามประกาศไม่ได้ให้คำนิยามว่า “จัดหาไว้”)

เห็นว่า เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗/๑ ที่คณะกรรมการ LTC พิจารณาเห็นชอบและคณะกรรมการกองทุนได้พิจารณาอนุมัติจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของแนบท้ายประกาศฯ โดยเป็นการ

/هماจ่าย/ราย/ปี...

เหมาะจ่าย/ราย/ปี ให้กับหน่วยงานที่จัดบริการ เมื่อหน่วยงานที่จัดบริการได้รับเงินค่าบริการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จะต้องนำไปใช้เพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของแนบท้ายประกาศฯ ซึ่งการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยได้รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้นด้วย จึงถือว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ส่วนวิธีการเพื่อให้ได้อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยสำหรับมาให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล ย่อมเป็นไปตามระเบียบหลักเกณฑ์ วิธีการของหน่วยงานที่จัดบริการนั้นถือปฏิบัติ

๒. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้รับอนุมัติตามข้อ ๗/๑ ของประกาศฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ สามารถจ่ายเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องได้หรือไม่ ถ้าจ่ายได้ใช้หลักเกณฑ์ใดในการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าว

เห็นว่า เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗/๑ ความในวรรคสองกำหนดให้จ่ายค่าตอบแทนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนดได้ และรวมถึงจ่ายเป็นค่าตอบแทนของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ในอัตราที่แตกต่างกันได้ ตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนด หรือตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำหนด หรือเห็นชอบ แต่ต้องไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด ดังนั้น การจ่ายค่าตอบแทนของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ย่อมสามารถจ่ายได้ ซึ่งการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ นั้นด้วย ส่วนหลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวย่อมเป็นไปตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนด หรือตามที่คณะกรรมการ LTC กำหนดหรือเห็นชอบ แต่ต้องไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด

๓. ข้อ ๘/๑ ของประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๕๙ ตามความเห็นชอบของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะกรรมการ LTC) มีหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติอย่างไร

เห็นว่า ข้อ ๘/๑ ของประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราราคาบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ ๗/๑ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้าย ดังนั้น หลักเกณฑ์การพิจารณาเพื่อให้ความเห็นชอบของคณะกรรมการ LTC จึงเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์และอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นการจ่ายตามอัตราราคาบริการแบบเหมาจ่ายต่อรายต่อปี ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

อนึ่ง สำนักงานฯ ได้แจ้งเวียนแนวทางการดำเนินงานฯ พร้อมขั้นตอนการโอนงบประมาณการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ให้กับ สปสช.เขตทราบแล้ว จึงขอส่งขั้นตอนดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางประกอบการดำเนินงานการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ให้กับพื้นที่ได้ใช้ประโยชน์ต่อไป (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขอแสดงความนับถือ



(นายจักรกริช โง้วศรี)

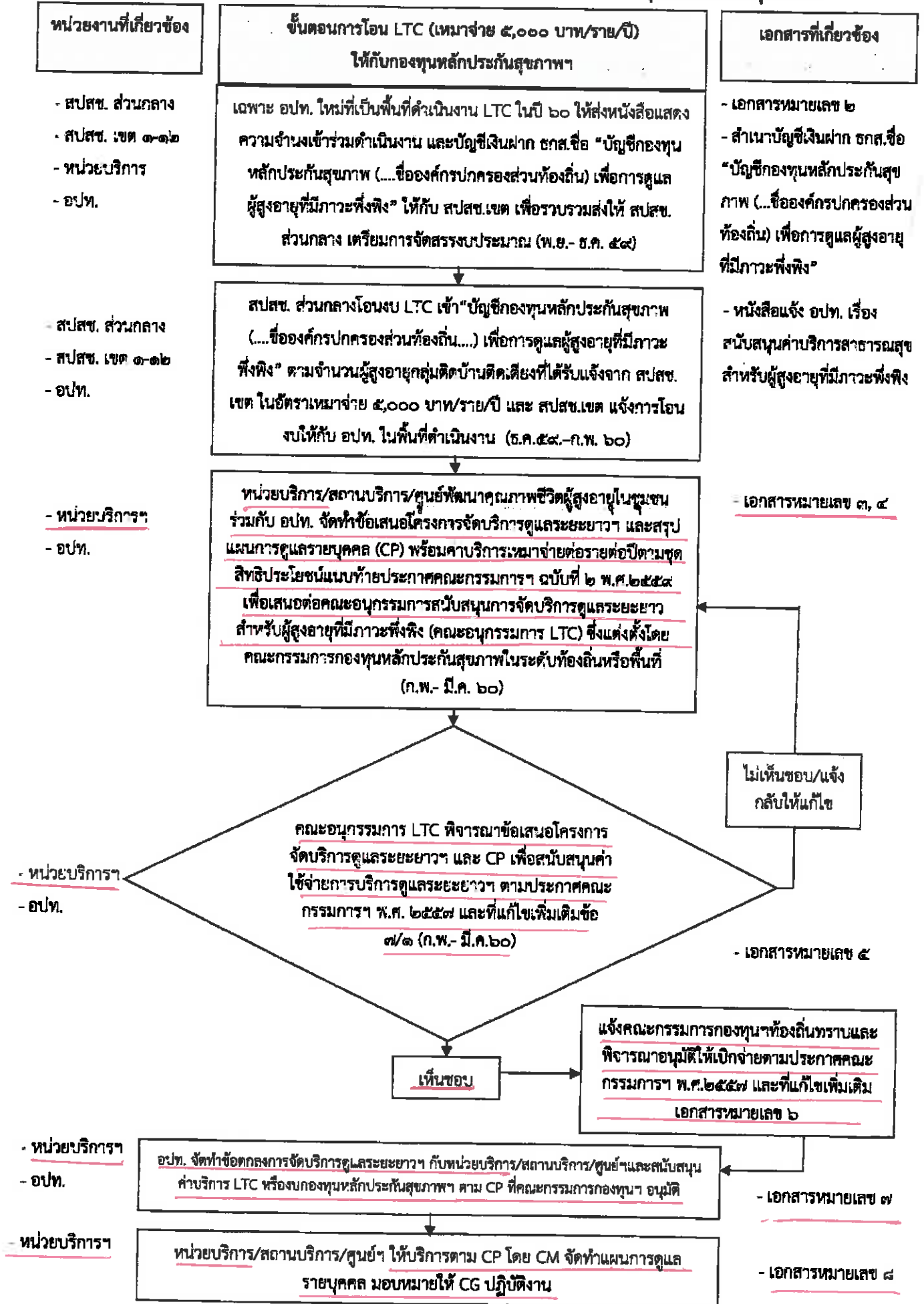
สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน (ผ่านสำนักกฎหมาย) ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทร ๐๒-๑๔๑-๔๑๙๒

โทรสาร ๐๒-๑๔๓-๔๗๓๐

ขั้นตอนการโอนงบ LTC ปี ๖๐ (เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/ราย/ปี) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ



หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- สพช. ส่วนกลาง
- สพช. เขต ๑-๑๒
- หน่วยบริการ
- อปท.

ขั้นตอนการโอน LTC (เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/ราย/ปี) ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

เฉพาะ อปท. ใหม่ที่เป็นพื้นที่ดำเนินงาน LTC ในปี ๖๐ ให้ส่งหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน และบัญชีเงินฝาก ชกส.ชื่อ "บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (...ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" ให้กับ สพช.เขต เพื่อรวบรวมส่งให้ สพช. ส่วนกลาง เตรียมการจัดสรรงบประมาณ (พ.ย.- ธ.ค. ๕๙)

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- เอกสารหมายเลข ๒
- สำเนาบัญชีเงินฝาก ชกส.ชื่อ "บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (...ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง"

- สพช. ส่วนกลาง
- สพช. เขต ๑-๑๒
- อปท.

สพช. ส่วนกลางโอนงบ LTC เข้า "บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (...ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" ตามจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ได้รับแจ้งจาก สพช. เขต โอนอัตราเหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/ราย/ปี และ สพช.เขต แจ้งการโอนงบให้กับ อปท. ในพื้นที่ดำเนินงาน (ธ.ค.๕๙-ก.พ. ๖๐)

- หนังสือแจ้ง อปท. เรื่องสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

- หน่วยบริการฯ
- อปท.

หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับ อปท. จัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว และสรุปแผนการดูแลรายบุคคล (CP) พร้อมค่าบริการเหมาจ่ายต่อรายต่อปีตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ ฉบับที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๙ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คณะกรรมการ LTC) ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ก.พ.- มี.ค. ๖๐)

เอกสารหมายเลข ๓, ๔

- หน่วยบริการฯ
- อปท.

คณะกรรมการ LTC พิจารณาข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว และ CP เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายการบริการดูแลระยะยาว ตามประกาศคณะกรรมการฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติมข้อ ๗/๑ (ก.พ.- มี.ค.๖๐)

เอกสารหมายเลข ๕

ไม่เห็นชอบ/แจ้งกลับให้แก้ไข

เห็นชอบ

แจ้งคณะกรรมการกองทุนฯท้องถิ่นทราบและพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายตามประกาศคณะกรรมการฯ พ.ศ.๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เอกสารหมายเลข ๖

- หน่วยบริการฯ
- อปท.

อปท. จัดทำข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ กับหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์ฯและสนับสนุนค่าบริการ LTC หรืองบกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตาม CP ที่คณะกรรมการกองทุนฯ อนุมัติ

เอกสารหมายเลข ๗

- หน่วยบริการฯ

หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์ฯ ให้บริการตาม CP โดย CM จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล มอบหมายให้ CG ปฏิบัติงาน

เอกสารหมายเลข ๘

แบบหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต.....)

ด้วย (ระบุชื่อ อปท./เทศบาล).....อำเภอ.....จังหวัด.....มีความ
ประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

๑. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการ
กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๔ อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้าน
สวัสดิการสังคม ที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว

๒. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)
และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตรา
ค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) เพื่อเป็น
ข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป

๓. ประสานงานกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการแต่งตั้ง
คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพิจารณาจัดหา กำหนดอัตราการ
ชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการ
ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การ
กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๔

๔. ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแล
ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

๕. สรุปรายชื่อและจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบฟอร์ม LTC ๑ ส่งในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน ๑
ชุด ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อการจัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป

๖. ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือ แนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดขึ้นก่อนหรือระหว่างที่หนังสือแสดงความจำนงนี้มีผล
บังคับใช้ และให้ถือว่าข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของหนังสือ
แสดงความจำนงนี้

๗. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มดำเนินการตามหนังสือแสดงความจำนงนี้ ตั้งแต่วันที่ เดือน
พ.ศ. จนถึงสุดวันที่ เดือน พ.ศ.

กำหนดเวลาสิ้นสุดหนังสือแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ถ้าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิได้บอกเลิกหนังสือแสดงความจำนง ให้ถือว่าเวลาดำเนินงานตามหนังสือแสดงความจำนงนี้ขยายออกไปอีกทุกๆ หนึ่งปีงบประมาณ เว้นแต่กรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นสมควรยกเลิกหนังสือแสดงความจำนงนี้ และให้หนังสือแสดงความจำนงนี้สิ้นสุดในวันสิ้นปีงบประมาณนั้น และเงินหรือทรัพย์สินที่เหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในส่วนของเงินตามข้อ ๕/๑ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ให้ตกเป็นของหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ภายใต้การจัดสรรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ..... ผู้บริหารสูงสุดเทศบาล/อบต.

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการเหมาจ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการ

ส่วนที่ ๑ : ข้อเสนอโครงการ

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(อบต./เทศบาล) อำเภอ จังหวัด

ด้วย ระบุชื่อ หน่วยงานบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)..... อำเภอ จังหวัด มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (อบต./เทศบาล) โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี 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)

ระยะเวลาดำเนินการ.....

ทั้งนี้ ได้แนบสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ลงชื่อ ผู้จัดทำข้อเสนอ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จัดบริการ
(ระบุชื่อ หน่วยงานบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)

วันที่ เดือน พ.ศ.

**ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย
ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ
(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ... /...
เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. ได้พิจารณาข้อเสนอของ (ระบุชื่อหน่วยงาน/สภามหาวิทยาลัย/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)
เขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล) อำเภอ จังหวัด ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนด
หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

เห็นชอบ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตาม
ชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย
เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (ระบุชื่อหน่วยงาน/สภามหาวิทยาลัย/ศูนย์พัฒนา
คุณภาพฯ) จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน บาท (.....บาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง จำนวน บาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ "ระบบกองทุนหลักประกัน
สุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)... จำนวนบาท (กรณีงบบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๕,๐๐๐
บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหา การกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มี ภาวะล้มส้น		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะล้มส้น และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่ มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)		

ไม่เห็นชอบ

เนื่องจาก.....
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการเห็นชอบ).....

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานอนุกรรมการ

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

หมายเหตุ แจ้งผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เพื่อทราบและอนุมัติการเบิกจ่ายต่อไป

**แบบรายงานผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่ออนุมัติการเบิกจ่าย**

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ /..... เมื่อวันที่ ได้เห็นชอบโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ (ระบุชื่อ หน่วยงาน/สถาน นริกร/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ) เขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล) อำเภอ จังหวัด จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน บาท (.....บาทถ้วน) นั้น

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ครั้งที่ /..... เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีมติรับทราบ และอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินจำนวน..... บาท (..... บาทถ้วน) จากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

- บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนบาท
- บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ “ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)..... จำนวนบาท (กรณีงบประมาณดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกรรมการ

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(อบต./เทศบาล) อำเภอ จังหวัด

วัน เดือน พ.ศ.

โลโก้ (ถ้ามี)

ข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ระหว่าง
องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล กับ (ระบุชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ)

ข้อตกลงเลขที่ /๒๕.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ ตั้งอยู่ที่.....เมื่อวันที่
.....เดือน พ.ศ.ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..... โดย
(ชื่อ-สกุล ของผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)...ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง กับ(หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ)..... โดย (ชื่อ-สกุล ของ
ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)..... ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “ผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุข” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้อ ๒ เอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

๒.๑ ผนวก ๑ สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะ
อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่าย
เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ จำนวน หน้า

๒.๒ ผนวก ๒ หลักเกณฑ์/วิธีการ/เงื่อนไข การจ่ายเงินสนับสนุน จำนวน หน้า

๒.๓ ผนวก จำนวน หน้า (ถ้ามี)

ข้อความใดในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงที่ขัดหรือแย้งกับข้อความในข้อตกลงนี้
ให้ใช้ข้อความในข้อตกลงนี้บังคับและในกรณีที่เอกสารแนบท้ายข้อตกลงขัดหรือแย้งกันเองหรือมีได้กล่าวไว้
ผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน.....บาท (.....บาทถ้วน) ซึ่งได้รวม
ภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายที่โปร่งไว้ด้วยแล้ว รายละเอียดตามเงื่อนไขการจ่ายเงิน
สนับสนุนในข้อ ๒.๒ ผนวก ๒ แนบท้ายข้อตกลงนี้

ข้อ ๔ กรณีผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความ
ล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิยกเลิกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุน
โดยผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่าย
ไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ
โดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(.....)

ลงชื่อ ผู้จัดบริการดูแลระยะยาว
(.....) ด้านสาธารณสุข

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ตัวอย่าง

เงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุนเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาว

(เอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.....กับ (ระบุชื่อ หน่วยงาน/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

องค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอ จังหวัด
ตกลงสนับสนุนเงินให้แก่ (ระบุชื่อ หน่วยงาน/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ) ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานตามข้อตกลง
ฯ จำนวนเงินทั้งสิ้นไม่เกิน บาท (.....บาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากร
อื่นๆ และค่าใช้จ่ายที่พึงปรารถนาไว้ด้วยแล้ว โดยกำหนดจ่ายเงินเป็น งวด ดังนี้

(กรณี ๑) จ่ายเงินงวดเดียว

จ่ายงวดเดียว ๑๐๐ % ของเงินสนับสนุนทั้งหมด เป็นเงิน บาท (.....บาทถ้วน) โดยจ่าย
ให้หลังจากลงนามในนิติกรรมทั้งสองฝ่าย

ทั้งนี้ ผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ต้องส่งรายงานความก้าวหน้าการจัดบริการ.. (ระบุทุก
เดือน/ทุกไตรมาส)..... และส่งรายงานสรุปผลการจัดบริการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา
ดำเนินการตามโครงการ (รูปแบบรายงานตามเอกสารแนบท้าย)

ทั้งนี้ สามารถปรับเงื่อนไข/งวดการจ่ายให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ตัวอย่าง

(รูปแบบรายงาน)

รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ของ (ระบุชื่อหน่วยงานบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)

อบต./เทศบาล อำเภอ จังหวัด

ประเมินผลการให้บริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน (คน)		จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง (คน)		รวม (คน)
	กลุ่ม ๑	กลุ่ม ๒	กลุ่ม ๓	กลุ่ม ๔	
ก่อนได้รับการบริการ					
หลังได้รับการบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)					
*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหายระหว่างการดูแล					

ตัวอย่าง

(รูปแบบรายงาน)

รายงานผลการใช้จ่ายงบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ของ (ระบุชื่อหน่วยงานบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ)

อบต./เทศบาล อำเภอ จังหวัด

สรุปรายรับ - รายจ่าย (รายปี)				
งบเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์(ระบุชื่อศูนย์).....อบต./เทศบาล.....อำเภอ.....จังหวัด..... (ตั้งแต่เดือน.....ถึง เดือน..... พ.ศ.....)				
ลำดับที่	เดือน	รายรับ (บาท)	รายจ่าย (บาท)	เงินคงเหลือ(บาท)
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				
๑๒				
รวม				

ทั้งนี้ สามารถปรับเงื่อนไข/งวดการจ่ายให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

แผนการดูแล (Care Plan) รายบุคคล ฉบับที่ วันที่

ชื่อ รุ่น เกิดปี เดือน วันที่ (อายุ...ปี)	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ (ถ้ามี)	วันจัดทำ วินิจฉัย
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต	แผนนโยบายการให้คำปรึกษาช่วยเหลือโดยรวม (รวมทั้งเป้าหมายระยะยาว)	ข้อควรระวัง
ประเด็นปัญหาในการดำรงชีวิต (ความต้องการ)	เป้าหมายการดำรงชีวิต ระยะสั้น	บริการที่ผูกพันหรือจากอาสาสมัคร (รวมทั้งการช่วยเหลือของ ครอบครัวและ ใกล้เคียง)
	(เป้าหมาย ระยะยาว)	

กิจกรรมการช่วยเหลือ (รวมทั้งการช่วยเหลือของครอบครัว และอาสาสมัครใกล้เคียง ใกล้เคียง)	เวลา	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	กิจกรรมหลักในการ ดำรงชีวิตประจำวัน
	6:00								
	7:00								
	8:00								
	10:00-12:00								
	13:00								
	15:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								

ผู้จัดทำ Care Plan	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับภาพสรุปติดตาม Care Plan นี้ ๗ เดือน วันที่ ๕๑
-----------------------	--

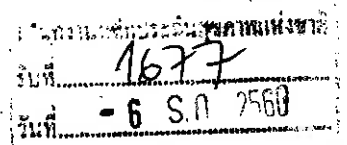


สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 8 อุตรธานี เลขที่ 2 ชั้น 3 อาคารที่ทำการไปรษณีย์อุตรธานี ถนนวัฒนธรรม
ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี 41000 โทรศัพท์ 042-325681 โทรสาร 042-325674
<http://udonthani.nhso.go.th>

ที่ สปสช. 5.38/935

1 ธันวาคม 2560



เรื่อง ส่งข้อหารือการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
เรียน ผู้อำนวยการแผนงานสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน สำนักงานสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน
สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือที่ นก 0032.301/842 ลว 17 พฤศจิกายน 2560 เลขที่รับ.....

เนื่องด้วย โรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ขอหารือเรื่องแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินงานและบริหารจัดการงบประมาณตามโครงการเพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึงนั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี ขอหารือกรณีดังกล่าวมายังแผนงานสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชน ผลการพิจารณาเป็นประการใดโปรดแจ้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรธานี เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ทัศนแพทย์กวี วีระเศรษฐกุล)
ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต ๘ อุตรธานี

นางอริยา มงคล น.ก. หมาย
ทศ. ๖๖๖๖๖

๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๐

กลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายบริการ
โทรศัพท์ 084-4390121 โทรสาร 042-325674
ผู้รับผิดชอบ นายสกุล วันศรี e-mail : sakul.w@nhso.go.th

(นายวีระชัย ก้อนมณี)
รองผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน



ที่ นก ๐๐๓๒.๓๐๑/๒๕๖๐

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 เขต ๘ อุดรธานี
 เลขที่รับ 3358 / 2560
 วันที่รับ 23 มิ.ย. 2560
 เวลา 14.55 น.

โรงพยาบาลโนนสัง
 ตำบลโนนสัง อำเภอโนนสัง
 จังหวัดหนองบัวลำภู ๓๙๑๔๐

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ส่งข้อหาหรือการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ ๘
 ตามที่ โรงพยาบาลโนนสัง โดยศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลโนนสัง ได้รับงบประมาณ
 ตามโครงการเพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามประกาศ
 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ดำเนินการและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น(ฉบับที่ ๒)พ.ศ.๒๕๕๙
 เป็นงบประมาณ รวม ๒๓๐,๐๐๐ บาท (สองแสนสามหมื่นบาทถ้วน) นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานและบริการจัดงบประมาณที่ได้รับอนุมัติ เป็นไปด้วยความ
 เรียบร้อยถูกต้องตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
 กำหนด โรงพยาบาลโนนสัง จึงขอหารือแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานและบริการจัดการงบประมาณที่ได้รับ
 อนุมัติ ดังต่อไปนี้

๑. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ได้รับอนุมัติสามารถจัดหาลูกข่ายทางการแพทย์โดยวิธี
 จัดซื้อหรือจัดจ้าง ได้หรือไม่ ตามระเบียบกฎหมาย (ตามประกาศไม่ได้ให้คำนิยามว่า "จัดหาไว้")
๒. เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ที่ได้รับอนุมัติ ตามประกาศ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์
 เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ข้อ ๗/๑ สามารถจ่ายเป็น
 ค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้อง ได้หรือไม่ ถ้าจ่ายได้ใช้หลักเกณฑ์ใดในการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าว
๓. ตามหลักเกณฑ์เพื่อให้ความเห็นชอบของคณะกรรมการตามประกาศ ข้อ๘/๑
 มีหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติอย่างไร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ผอ.รพ.ร.๙๙๘.
 รพ.โนนสัง
 กรมส่งเสริมสุขภาพ
 LTC
 รพ.โนนสัง ร.๐/๙๙๘
 ผ.จ. ๙.๙๙๘
 15 60

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิศรุต เจริญพันธ์)
 นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสัง

ผู้อำนวยการ

ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลโนนสัง
 โทร. ๐ ๔๒๓๗ ๕๓๙๐ ต่อ ๑๑๐
 โทรสาร ๐ ๔๒๓๗ ๕๓๙๐ ต่อ ๑๑๙

“หนองบัวลำภู...มีดี”
 “เมืองราชินีข้าวเหนียว...ข้าวผ่างลง”