




กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เอกสารวิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction (WI)

ชื่อเอกสาร	การกำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานโครงการ ที่ขอรับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	
รหัสเอกสาร	สกส.กทม.๐๖-๐๒-๒๕๖๔	
ครั้งที่แก้ไข	-	
วันที่ประกาศใช้	วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๔	
ผู้จัดทำ	นางยุพดี เชาวณาพรรณ	ตำแหน่ง นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน
	นางสาวจิรารวรรณ นามพันธ์	ตำแหน่ง นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ
	นางทองพูน เสนา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
	นางสาววรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ผู้ตรวจสอบ	นางกาญจนา อนุตริยะ	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สาธารณสุข
ผู้อนุมัติ	นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

	กองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร	รหัสเอกสาร สกส.กทม.๐๖-๐๒-๒๕๖๔	วันที่มีผลบังคับใช้ / / ๒๕๖๔
	วิธีปฏิบัติงาน	อนุมัติโดย นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	ฉบับที่ : ๑
	เรื่อง การกำกับ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน โครงการ ที่ขอรับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแล ระยะเวลาด้านสาธารณสุข เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ในส่วน ค่าบริการสาธารณสุข สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ลำดับที่	สารบัญ	หน้า	
๑	วัตถุประสงค์ (Objective)	๓	
๒	ผู้ปฏิบัติงาน/ผู้รับผิดชอบ (Responsibility)	๓	
๓	เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (Equipment)	๔	
๔	คำศัพท์และคำนิยาม (Term and Definition)	๔	
๕	เอกสารอ้างอิง (Reference Document)	๔	
๖	แบบฟอร์มที่ใช้ (Forms)	๕	
๗	รายละเอียดวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction)	๕	
๘	แผนภูมิ (Flow Chart)	๘	
๙	ภาคผนวก (Appendix)	๙	
๑๐	เอกสารแนบ (Attachment)	๒๕	

	กองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร	รหัสเอกสาร สกส.กทม.๐๖-๐๒-๒๕๖๔	วันที่มีผลบังคับใช้ /.... / ๒๕๖๔
	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โครงการที่ขอรับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแล ระยะเวลาด้านสาธารณสุข เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ในส่วน ค่าบริการสาธารณสุข สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	อนุมัติโดย นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	ฉบับที่ : ๑

๑. วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่ขอรับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะเวลาด้านสาธารณสุข เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครในส่วน ค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีแนวทาง ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑.๑ กำกับดูแลให้หน่วยจัดบริการที่ได้รับอนุมัติตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบ และประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๑.๒ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบ และประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๑.๓ วิเคราะห์และประเมินผลตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมที่ดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒. ผู้ปฏิบัติงาน / ผู้รับผิดชอบ (Responsibility)

ผู้ปฏิบัติงานในฝ่ายติดตามและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับมอบหมายในการ กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการที่จัดบริการดูแลระยะเวลาด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (Equipment)

ไม่มี

๔. คำศัพท์และคำนิยาม (Term and Definition)

๔.๑ การกำกับ หมายถึง การกำกับเร่งรัด การดูแลให้หน่วยจัดบริการ ที่ได้รับอนุมัติตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ได้มีการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตามประกาศและระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

๔.๒ ติดตาม หมายถึง การติดตามการดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ที่กำหนด เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค ผลผลิตของกิจกรรม ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด โดยมีการใช้ งบประมาณ อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวมถึงการให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะหน่วยจัดบริการที่ได้รับอนุมัติแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน ให้ผลงานเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนของค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔.๓ การวิเคราะห์ หมายถึง การรวบรวมข้อมูล รายละเอียด ผลการดำเนินงานของแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม โดยการพิจารณาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและความสำคัญแต่ละส่วนของโครงการ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

๔.๔ ประเมินผล หมายถึง การตรวจสอบประเมินความก้าวหน้า ของแผนงาน โครงการ กิจกรรม และพิจารณาผลสัมฤทธิ์ว่าอยู่ในระดับใด จะทำให้ทราบว่าการดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์อย่างน้อยเพียงใด เพื่อมาสรุปผลตามเกณฑ์/วัตถุประสงค์ /ตัวชี้วัด ของแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ในการนำเสนอ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

๕. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

๕.๑ ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑

๕.๒ ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่องคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

๕.๓ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒

๕.๔ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการ ดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ.๒๕๖๒

๖. แบบฟอร์มที่ใช้ (Forms)

- ๖.๑ ทะเบียนติดตามโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ปม.LTC๑)
- ๖.๒ แบบสรุปผลการประเมินติดตามโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ปม.LTC๒)
- ๖.๓ แบบประเมินการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
- ๖.๔ แบบเสนอโครงการ จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ค.๒)
- ๖.๕ รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (CG ๒)
- ๖.๖ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (CG ๓)
- ๖.๗ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ๖.๘ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ต่อการปฏิบัติงาน
- ๖.๙ แบบรายงานผลการดำเนินงาน การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ผ.๒)
- ๖.๑๐ แบบกำกับติดตามการดำเนินงาน การบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) รายเดือน/รายไตรมาส

๗. รายละเอียดวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction)

การปฏิบัติงาน มีวิธีปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการในการกำกับ ติดตาม ประเมินผล แผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมที่ผู้เสนอโครงการส่งมาเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากเงิน กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

การปฏิบัติงานนี้ ติดตาม ประเมินผล แผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ที่ผู้เสนอโครงการส่งมาเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนของค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามแผนการดูแลรายบุคคล โดยกำกับดูแลให้หน่วยจัดบริการที่ได้รับอนุมัติแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระเบียบ และประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ โดย

๗.๑ รับเอกสารโครงการจากฝ่ายพัฒนางานกองทุนฯ พร้อมลงทะเบียน ใน “ทะเบียนติดตามโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (แบบ ปม.LTC๑) ดังนี้

๗.๑.๑ ชื่อหน่วยจัดบริการ : หน่วยงานภายในสังกัดกรุงเทพมหานคร/นอกสังกัดกรุงเทพมหานคร

มีคุณสมบัติเป็นไปตามประกาศและระเบียบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๗.๑.๒ ผู้ประสานงานโครงการและเบอร์โทรศัพท์ : พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

๗.๑.๓ จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่ม ๔ กลุ่ม :

๑) กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ

สับสนทางสมอง

๒) กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

๓) กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมี

อาการเจ็บป่วยรุนแรง

๔) กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

๗.๑.๔ งบประมาณที่ขอ : ให้ระบุจำนวนเงินที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนฯ

๗.๑.๕ การติดตามโครงการ : วัน เดือน ปี ที่วางแผนการติดตาม

๗.๑.๖ ผู้ติดตาม : ผู้รับผิดชอบงานฝ่ายติดตามและประเมินผลฯ

๗.๒ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเรื่องจำนวนผู้รับบริการ และงบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน ให้เป็นไปตามประกาศและระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๗.๓ สรุปแผนการดูแลรายบุคคล ของแต่ละหน่วยจัดบริการ ให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการขอรับการสนับสนุนงบประมาณค่าบริการดูแลระยะยาว (เหมาจ่าย ต่อคน / ต่อปี) เป็นไปตามประกาศ และระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๗.๔ กำกับ ติดตามให้หน่วยจัดบริการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนของค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ โดย

๗.๔.๑ กำกับติดตามให้หน่วยจัดบริการมีการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกิจกรรมการดูแลของแผนการดูแลรายบุคคล

๗.๔.๒ ติดตามการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ให้เป็นไปตามงบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน

๗.๕ ให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะ สนับสนุน ติดตามการดำเนินงานของหน่วยจัดบริการ ที่ได้รับอนุมัติตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม หากไม่เป็นไปตามแผนให้สอบถามสาเหตุและแนวทางแก้ไขให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติงานและถูกต้องตามระเบียบ โดย

๗.๕.๑ ประสานงานโดยโทรศัพท์ติดตามพยาบาลผู้จัดการสุขภาพหรือผู้รับผิดชอบแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อทราบความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน รับทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน ให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะ เสนอแนะ เพื่อแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงาน ในการส่งเสริม สนับสนุน การดำเนินงานแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

๗.๕.๒ นัดหมาย วัน เวลา เพื่อติดตามการดำเนินงาน และลงพื้นที่เยี่ยมติดตาม ร่วมสังเกต สอบถามการปฏิบัติกิจกรรมของหน่วยจัดบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ Caregiver (CG) และ พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ Care manager (CM) รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องเอกสารที่เกี่ยวข้อง คู่มือหรือวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการ

๗.๖ จัดทำรายงานผลการติดตามการดำเนินงาน โดย

๗.๖.๑ รายงานผลตาม “แบบสรุปผลการประเมินติดตามโครงการที่ขอรับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (แบบ ปม. LTC ๒)

๑) วัน เดือน ปี ที่รับ : ระบุวัน เดือน ปี จัดทำรายงาน

๒) ชื่อหน่วยจัดบริการ : หน่วยงานภายในสังกัดกรุงเทพมหานคร/นอกสังกัด กรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติเป็นไปตามประกาศและระเบียบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๓) ระยะเวลา : ระบุระยะเวลาที่ได้รับอนุมัติตามแบบเสนอโครงการจัดบริการดูแล ระยะเวลาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ค.๒)

๔) จำนวนผู้สูงอายุ : ระบุจำนวนที่ได้รับอนุมัติตามส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของคณะกรรมการฯ จากแบบเสนอโครงการฯ (แบบ ค.๒) จำแนกตามกลุ่ม ๔ กลุ่ม

๔.๑) กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง

๔.๒) กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

๔.๓) กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

๔.๔) กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต

๕) งบประมาณ : ระบุจำนวนเงินที่ได้รับการอนุมัติตามแบบเสนอโครงการจัดบริการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ค.๒) และงบประมาณที่ใช้จ่ายจริงในการดำเนินงาน

๖) การใช้งบประมาณ : ระบุจำนวนเงินค่าตอบแทน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ พึ่งพิง (CG) และค่าเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ที่ใช้จ่ายจริง

๗.๖.๒ หน่วยจัดบริการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแบบรายงานผลการ ดำเนินงานการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ผ.๒) ดังนี้

๑) รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

๒) ชื่อโครงการ

๓) ชื่อผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

๔) ผลการดำเนินงาน

๕) ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ แบ่งเป็น

๕.๑) การบรรลุตามวัตถุประสงค์

๕.๒) ผู้เข้าร่วมแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

๖) การเบิกจ่ายงบประมาณ

๗) ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน/แนวทางการแก้ไข

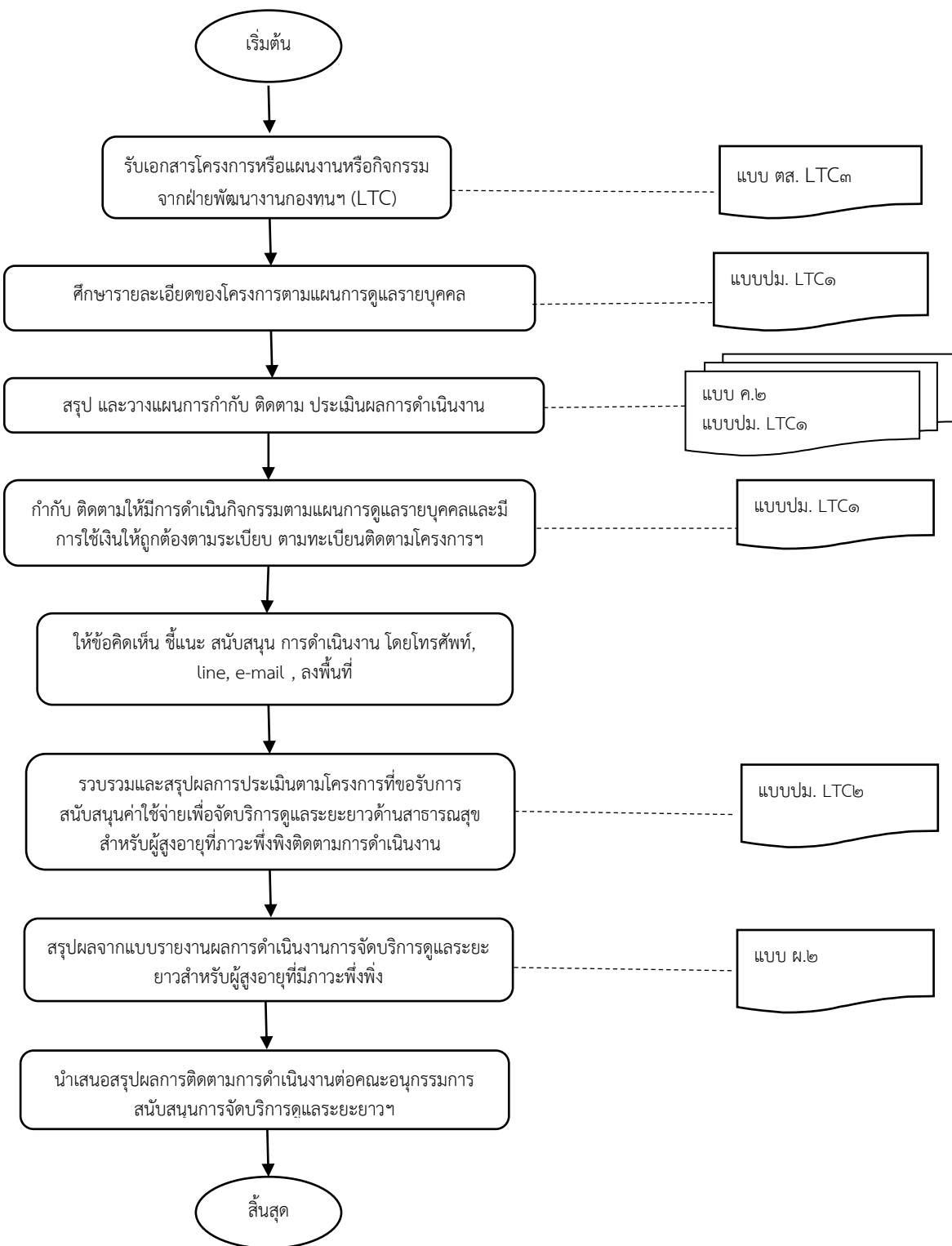
๗.๗ รวบรวมและสรุปผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการดูแลในโครงการที่ได้รับอนุมัติเพื่อจัดทำ รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการ โดยรวบรวมจาก

๗.๗.๑ บันทึกผลการติดตาม การดำเนินงานในการลงพื้นที่ และการประสานติดตามทาง โทรศัพท์ โดยลงในแบบสรุปผลการประเมินติดตามโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ปม.LTC๒)

๗.๗.๒ แบบรายงานผลการดำเนินงาน การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (แบบ ผ.๒)

๗.๘ วิเคราะห์ข้อมูลโครงการการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค การแก้ไขปัญหา และข้อเสนอแนะ จากการติดตามประเมินผลนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

๘. แผนภูมิ (Flow chart)



๙.๑.๓ แบบเสนอโครงการ จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ค.๒)



แบบเสนอโครงการ

(แบบ ค. ๒)

จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(สำหรับผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

ส่วนที่ ๑ : โครงการ

เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

ด้วย..... เขต.....

กรุงเทพมหานคร มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง
 การกำหนดหลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ
 กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อ
 ปี จำนวน คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวนบาท
 (.....) รายละเอียด มีดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และ อาจ มีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และ อาจมีปัญหาการกินหรือ การขับถ่าย หรือมี อาการเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และ มีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ในระยะ ท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อ
 เสนอต่อคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร
 พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุตาม
 วันเริ่มต้น และสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล)

(ลงชื่อ) ผู้เสนอโครงการ

(.....)

วัน เดือน พ.ศ.

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (hemajay) ต่อคนต่อปี

วัน เดือน ปี ที่จัดทำ

แผนการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (Care Plan) ของชื่อ-สกุล..... เลขประจำตัวประชาชน..... วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
 ที่อยู่..... เบอร์ติดต่อ..... การวินิจฉัยโรค..... มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่..... เลขที่ HHC.....

ผลการประเมินภาวะสุขภาพ			
ด้านร่างกาย (Physical)	ด้านจิตใจ (Psychological)	ด้านสังคม (Social)	ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)
<p>๑. สัญญาณชีพ (V/S)</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>๒. ความสะอาดของร่างกาย-ผิวหนัง</p> <p><input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด ระบุ.....</p> <p>๓. ความสะอาดและสุขภาพของช่องปากและฟัน</p> <p><input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> มีฟันผุ <input type="checkbox"/> เหงือกอักเสบ</p> <p>๔. ความสามารถในการรับประทานอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> กินได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนป้อน <input type="checkbox"/> NG Tube</p> <p>๕. ภาวะโภชนาการ/BMI</p> <p>๕.๑ BMI : <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผอม <input type="checkbox"/> ท้วม <input type="checkbox"/> อ้วน</p> <p>๕.๒ ภาวะโภชนาการ : <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> ไม่ซีด</p> <p>๖. การถ่ายปัสสาวะ</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สวนเป็นบางครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> Foley's Catheter <input type="checkbox"/> Cystostomy</p> <p>๗. การถ่ายอุจจาระ</p> <p><input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> Colostomy</p> <p>๘. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ</p> <p><input type="checkbox"/> แผลกดทับ <input type="checkbox"/> ข้อยึดติด <input type="checkbox"/> ผลข้างเคียงจากยา</p> <p><input type="checkbox"/> ปากแห้ง ตาแห้ง <input type="checkbox"/> การติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ</p> <p>๙. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยง</p> <p><input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการมองเห็น <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการได้ยิน <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการทรงตัว</p> <p><input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการรับรส <input type="checkbox"/> แสงสว่างไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> การถ่ายเทอากาศไม่ดี</p> <p><input type="checkbox"/> ที่พักอาศัยไม่แข็งแรง <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย</p> <p>๑๐. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ADL..... <input type="checkbox"/> TAI..... <input type="checkbox"/> PPSV๒..... <input type="checkbox"/> Pain score.....</p>	<p>๑. ภาวะสุขภาพจิต</p> <p><input type="checkbox"/> ความเครียด (ST๕).....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า (๒Q).....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า (๙Q).....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> การฆ่าตัวตาย (๘Q).....คะแนน</p> <p>๒. ภาวะสมองเสื่อม (อย่างน้อย ๑ เครื่องมือ)</p> <p><input type="checkbox"/> Minicogคะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> MMSE-T๒๐๐๒.....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> MoCAคะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> AMTคะแนน</p>	<p>๑. สิทธิการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพ</p> <p>แห่งชาติ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ผู้พิการ <input type="checkbox"/> ข้าราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>ระบุ.....</p> <p>๒. การมีญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>๓. การสนับสนุนจากชุมชน/สังคม</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาสาสมัคร/เครือข่ายช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับเบี้ยยังชีพ/เบี้ยผู้พิการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีแหล่งช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการส่งเสริมรายได้/ฝึกอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> มีแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <p>๔. การเข้าถึงระบบส่งต่อ</p> <p><input type="checkbox"/> เข้าถึงระบบส่งต่อได้</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถเข้าถึงระบบส่งต่อได้</p> <p>๕. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน</p> <p><input type="checkbox"/> เข้าร่วม <input type="checkbox"/> ไม่เข้าร่วม</p>	<p>๑. ศาสนาที่นับถือ</p> <p><input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>ระบุ.....</p> <p>๒. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา</p> <p><input type="checkbox"/> ทำสมาธิ <input type="checkbox"/> สวดภาวนา/อธิษฐาน</p> <p><input type="checkbox"/> ละหมาด <input type="checkbox"/> สวดอ้อนวอน</p> <p><input type="checkbox"/> อ่านหนังสือธรรมะ</p> <p><input type="checkbox"/> อ่านพระคัมภีร์</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ</p> <p>ระบุ.....</p> <p>๓. ความต้องการ</p> <p><input type="checkbox"/> การอยู่อย่างสงบ</p> <p><input type="checkbox"/> การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> การเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> การได้รับภัยในสิ่งเคยทำผิดพลาด</p> <p><input type="checkbox"/> การจัดให้มีสิ่งที่เคารพบูชา/สิ่งศักดิ์สิทธิ์ไว้ใกล้ตัว</p> <p><input type="checkbox"/> การปฏิบัติกิจกรรมศาสนา/ความเชื่อโดยตนเองหรือผู้ที่ไว้วางใจ/เคารพเชื่อถือ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์.....</p> <p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ.....</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์.....</p> <p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ.....</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์.....</p> <p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ.....</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์.....</p> <p>ประเด็นปัญหา/ความต้องการ.....</p>

ชื่อ-สกุล..... เลขที่ HHC..... วัน เดือน ปี ที่จัดทำ.....(ต่อ)

เป้าหมายการดูแล : ระยะสั้น..... : ระยะยาว			
การดูแล			
ด้านร่างกาย (Physical)	ด้านจิตใจ (Psychological)	ด้านสังคม (Social)	ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)
<p>๑. ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และหรือญาติผู้ดูแล ในเรื่องดังต่อไปนี้</p> <p><input type="checkbox"/> โรคและหรือความเจ็บป่วย <input type="checkbox"/> โภชนาการ <input type="checkbox"/> การใช้ยา(ยากิน/ยาฉีด)</p> <p><input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การกระตุ้นความคิด/ความรู้</p> <p><input type="checkbox"/> การปรับสภาพที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย</p> <p>๒. ให้การดูแล/การพยาบาลทั่วไป</p> <p><input type="checkbox"/> เพื่อความสะดวกและสบายของร่างกาย เช่น การเช็ดตัว การดูแลความสะอาด ซองปาก ฯลฯ</p> <p><input type="checkbox"/> เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และหรือ การดูแล เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติด แผลจากการใช้ยา อุบัติเหตุ ภาวะทุพโภชนาการ ฯลฯ</p> <p>๓. ให้การดูแล/การพยาบาล เพื่อลดความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้ยาตามแผนการรักษา <input type="checkbox"/> การใช้ความเย็น-ร้อน</p> <p><input type="checkbox"/> การใช้เทคนิคอื่น ๆ ได้แก่ <input type="radio"/> สมာธิ <input type="radio"/> การนวด <input type="radio"/> การสัมผัส <input type="radio"/> การจัดสิ่งแวดล้อม <input type="radio"/> อื่น ๆ</p> <p>ระบุ.....</p> <p>๔. ให้การดูแล/การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด <input type="checkbox"/> กิจกรรมบำบัด <input type="checkbox"/> กระตุ้นการกลืน</p> <p>๕. <input type="checkbox"/> ให้บริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก</p> <p>๖. ให้การดูแล/การแนะนำญาติเพื่อความปลอดภัย กรณีมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว/การดูแล พิเศษ</p> <p><input type="checkbox"/> สายให้อาหารทางจมูก/หน้าท้อง <input type="checkbox"/> สายสวนคาปัสสวะ <input type="checkbox"/> การดูดเสมหะ</p> <p><input type="checkbox"/> การให้ออกซิเจน <input type="checkbox"/> การทำลายเชื้อจากอุปกรณ์หลังการใช้</p> <p>๗. สอนญาติในการดูแลผู้สูงอายุฯ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p><input type="checkbox"/> การเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> การจัดท่านอน <input type="checkbox"/> การพลิกตะแคงตัว</p> <p><input type="checkbox"/> การเคาะปอด <input type="checkbox"/> การช่วยเหลือออกกำลังกาย</p> <p>๘. การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p><input type="checkbox"/> สหวิชาชีพ <input type="checkbox"/> สถานบริการที่เหมาะสม/มีศักยภาพเพียงพอในการดูแล</p> <p>๙. ติดตามการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p><input type="checkbox"/> ทุก ๖ เดือน <input type="checkbox"/> ทุก ๓ เดือน <input type="checkbox"/> ทุก ๑ เดือน</p>	<p>๑. ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และหรือญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับ</p> <p><input type="checkbox"/> การประเมินและการผ่อนคลาย</p> <p>ความเครียด</p> <p>ทั้งของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> การประเมินภาวะซึมเศร้า</p> <p>๒. ให้การดูแล/การพยาบาล เพื่อลดความกังวล ความวิตกกังวล ซึมเศร้า สับสน โดย</p> <p><input type="checkbox"/> สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ</p> <p><input type="checkbox"/> เปิดโอกาสให้พุดระบายความรู้สึก</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ความเวลาในการเยี่ยมสม่ำเสมอ</p> <p><input type="checkbox"/> ทำความเข้าใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ความมั่นใจในการดูแล</p> <p>เพื่อควบคุมอาการรบกวนด้านร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำกิจกรรมทางเลือก</p> <p>เพื่อการบำบัด เช่น ดนตรี นวด ฯลฯ</p> <p>๓. การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ไปยัง</p> <p><input type="checkbox"/> นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> สถานบริการที่เหมาะสม</p> <p>๔. <input type="checkbox"/> ติดตามการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<p>๑. <input type="checkbox"/> ส่งเสริมให้เครือข่าย มีส่วนช่วย ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>๒. <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและเชื่อมสัมพันธภาพที่ดี ในครอบครัว</p> <p>๓. ประสานงานแหล่งสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p><input type="checkbox"/> สิทธิการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> แหล่งช่วยเหลือฉุกเฉิน</p> <p><input type="checkbox"/> อุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> การสร้างรายได้/การฝึกอาชีพ</p> <p><input type="checkbox"/> การส่งต่อ (วิธีการ สถานที่ และ ยานพาหนะ)</p>	<p>๑. <input type="checkbox"/> ให้อำนาจใจ ให้เกียรติเคารพในความเป็นบุคคล</p> <p>๒. อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม</p> <p>ทางศาสนา/ความเชื่อ</p> <p><input type="checkbox"/> สนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์ เช่น สื่อสารสนเทศ หนังสือคัมภีร์ วิทยุมงคลบุคคล ฯลฯ</p> <p><input type="checkbox"/> สนับสนุนการฝึกทักษะ</p> <p>การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เช่น การทำสมาธิ บำบัด SKT</p> <p>การละหมาด การสวด อ้อนวอน</p> <p>๓. <input type="checkbox"/> สนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยให้ได้รับความรัก/การให้อภัยจากบุคคลที่รักและบุคคลในครอบครัว</p> <p>๔. <input type="checkbox"/> สื่อสารและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล</p> <p>๕. <input type="checkbox"/> ทำ Family counselling และหรือ Family meeting</p>

ชื่อ-สกุล..... เลขที่ HHC..... วัน เดือน ปี ที่จัดทำ.....(ต่อ)

ข้อควรระวังในการให้บริการ

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

ขอรับการสนับสนุนค่าบริการดูแลระยะยาวฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เป็นเงินจำนวน.....บาท

(.....)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

- | | |
|--|------------------|
| ๑. ค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒. ค่าอุปกรณ์ รวมเป็นเงิน.....บาท ประกอบด้วย | |
| ๒.๑ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๒ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๓ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๔ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๕ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๖ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๗ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๘ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๙ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๒.๑๐ | เป็นเงิน.....บาท |
| ๓. อื่น ๆ ระบุ..... | เป็นเงิน.....บาท |
| | |

(ลงชื่อ) Caregiver

(.....)

วัน เดือน พ.ศ.....

(ลงชื่อ) Care Manager

(.....)

วัน เดือน พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำหรับเจ้าหน้าที่กรุงเทพมหานครที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร ครั้งที่ /..... เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. ได้พิจารณาโครงการของ..... เขต..... กรุงเทพมหานคร ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ..... จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน บาท (.....) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน บาท (.....) รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และ อาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และ อาจมีปัญหาการกินหรือ การขับถ่าย หรือมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และ มีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)

ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการอนุมัติ)

(ลงชื่อ)

(.....)

ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

วัน เดือน พ.ศ.

๙.๑.๕ รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (CG ๒)

รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิก เลขที่ HHC.....บันทึกกิจกรรมช่วยการพยาบาลพื้นฐาน แผ่นที่ ๑ CG.๒

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลตามมอบหมาย..... เยี่ยมครั้งที่/ วัน เดือน ปีที่เข้าเยี่ยม...../..... พยาบาลที่เลี้ยง.....

ชื่อ-สกุล อายุ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน (๑๓ หลัก).....

โรค..... ประเภทของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ: มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่๑.....๒.....๓.....๔ น้ำหนัก ส่วนสูง ซม. BMI

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลหลัก..... อายุ..... ปี ความเกี่ยวข้อง สามเณร/ภรรยา/บุตร ญาติ ผู้รับจ้าง อื่นๆ.....

ที่อยู่เลขที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน/ซอย.....ถนน.....แขวง.....เขต.....กทม. โทร.....

วัน เดือน ปี ที่เยี่ยม	สรุปอาการปัจจุบัน			สภาพ/อาการที่พบ (ร่างกาย/จิตใจ)	การคัดกรองสุขภาพ					คะแนน ประเมิน ภาวะสมอง เสื่อม	คะแนน ประเมิน ภาวะซึมเศร้า	คะแนน ประเมิน เอดีแอล (ADL)	คะแนน ประเมิน ทีไอไอ (TAI)	ผู้ดูแลที่บ้าน		คำแนะนำ/กิจกรรมที่ให้
	คงที่	ดีขึ้น	แย่ลง		อุณหภูมิ	ชีพจร	หายใจ	ความดัน โลหิต	รอบเอว					มี	ไม่มี	
วันที่																<input type="checkbox"/> อาหาร.....
																<input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย.....
																<input type="checkbox"/> อารมณ์.....
																อื่นๆ.....
วันที่																<input type="checkbox"/> อาหาร.....
																<input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย.....
																<input type="checkbox"/> อารมณ์.....
																อื่นๆ.....
วันที่																<input type="checkbox"/> อาหาร.....
																<input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย.....
																<input type="checkbox"/> อารมณ์.....

รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิก เลขที่ HHC.....บันทึกกิจกรรมช่วยการพยาบาลพื้นฐาน แผ่นที่ ๑ CG.๒

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลตามมอบหมาย..... เยี่ยมครั้งที่/ วัน เดือน ปีที่เข้าเยี่ยม...../..... บาลที่เลี้ยง.....

ชื่อ-สกุล อายุ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน (๑๓ หลัก).....

ประเภทของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ตีบ้น ตืดเดียว ๖๕ ปีขึ้นไป น้ำหนัก ส่วนสูง ซม. BMI

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลหลัก..... อายุ..... ปี ความเกี่ยวข้อง สามี/ภรรยา/บุตร ญาติ ผู้รับจ้าง อื่นๆ.....

ที่อยู่เลขที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน/ซอย.....ถนน.....แขวง.....เขต.....กทม. โทร.....

วัน เดือน ปี ที่เยี่ยม	สรุปอาการปัจจุบัน			สภาพ/อาการที่พบ (ร่างกาย/จิตใจ)	การคัดกรองสุขภาพ					คะแนน ประเมิน ภาวะสมอง เสื่อม	คะแนน ประเมิน ภาวะซึมเศร้า	คะแนน ประเมิน เอดีแอล (ADL)	คะแนน ประเมิน ทีเอไอ (TAI)	ผู้ดูแลที่บ้าน		คำแนะนำ/กิจกรรมที่ให้
	คงที่	ดีขึ้น	แย่ลง		อุณหภูมิ	ชีพจร	หายใจ	ความดัน โลหิต	รอบเอว					มี	ไม่มี	
สัปดาห์ที่ ๕																<input type="checkbox"/> อาหาร.....
วันที่																<input type="checkbox"/> ออกกำลังกาย.....
																<input type="checkbox"/> อารมณ์.....
																อื่นๆ.....
สรุปอาการปัจจุบัน																

หมายเหตุ การประเมินภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า

- ในกลุ่มปกติ ประเมินทุก ๑ เดือน
- ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง ประเมินตามความเหมาะสม

๙.๑.๖ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ (CG ๓)

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข/คลินิก เลขที่ HHC.....สรุปกิจกรรมช่วยการพยาบาลพื้นฐาน CG.๓

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลตามมอบหมาย..... อส พชส(ลูกจ้าง) คลินิกอบอุ่น เยี่ยมครั้งที่/ วัน เดือน ปีที่เข้าเยี่ยม...../..... พยาบาลที่เลี้ยง.....

ชื่อ-สกุล อายุ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน (๑๓ หลัก).....

..... ประเภทของผู้ป่วยและผู้สูงอายุ: มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่๑.....๒.....๓..... น้ำหนัก ส่วนสูง ซม. BMI

ชื่อ-สกุล ผู้ดูแลหลัก..... อายุ..... ให้ความเกี่ยวข้อง สามเณร/ภรรยา/บุตร ญาติ ผู้รับจ้าง อื่นๆ.....

ที่อยู่เลขที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน/ซอย.....ถนน.....แขวง.....เขต.....กทม. โทร.....

วัน เดือน ปี ที่ เยี่ยม	สรุปภาวะสุขภาพ			การประเมินด้านร่างกายและจิตใจ				Refer
	คงที่	ดีขึ้น	แย่ลง	ADL	TAI	สมองเสื่อม Mini cog	๒ Q	
วันที่								

๙.๑.๗ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือ
 ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มี
 ภาวะพึ่งพิง หน่วยจัดบริการ/ศูนย์บริการสาธารณสุข..... กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. เพศ ชาย หญิง
๒. อายุ.....ปี
๓. โรคประจำตัว.....
๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ชุมชน.....ถนน.....
 แขวง.....เขต.....กรุงเทพมหานคร
๕. บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย คู่สมรส บุตร ชาย.....คน หญิง.....คน
 หลาน ชาย.....คน หญิง.....คน
ญาติ เพื่อน
 อยู่ตามลำพัง อื่นๆ ระบุ.....
๖. ที่พักอาศัย เป็นของตนเอง เป็นบ้านเช่า
 เป็นของบุตร/หลาน อื่นๆ ระบุ.....
๗. สิทธิการรักษา หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชการ
 ประกันสังคม
 อื่นๆ ระบุ.....
๘. สภาพความพิการ ไม่มี มี จดทะเบียนแล้ว
 ยังไม่จดทะเบียน
๙. การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน เข้าร่วม ไม่เข้าร่วม

ส่วนที่ ๒ ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับความพึงพอใจในเรื่องที่ผู้ช่วยเหลือดูแลปฏิบัติต่อท่าน

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ		
		มาก ๓	ปานกลาง ๒	น้อย ๑
มิติทางกาย				
๑	คำแนะนำเรื่องอาหาร โภชนาการในผู้สูงอายุ			
๒	การให้ยาในผู้สูงอายุ			
๓	การดูแล และคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			
๔	การจัดสภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ให้เหมาะสม			
มิติทางจิตใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา				
๕	ความมั่นคง ปลอดภัย เมื่อได้รับการดูแลจากผู้ดูแล			
๖	ทำให้เชื่อว่าผู้ดูแลจะดูแลเป็นอย่างดีเมื่อป่วยหนัก			
๗	ผู้ดูแลทำให้รู้สึกยอมรับได้ในปัญหาที่ยากจะแก้ไข			
มิติทางสังคม/ระบบบริการ				
๘	การแต่งกาย/กริยา วาจาของผู้ดูแล			
๙	ความรวดเร็วในการดูแลที่บ้าน/ระยะเวลา			
๑๐	อุปกรณ์/เครื่องมือที่ให้บริการตรงกับความต้องการของท่าน เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน			
๑๑	ความต่อเนื่องของการดูแลตามความต้องการ			
คะแนนรวม				

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ เกณฑ์ระดับความพึงพอใจ

ร้อยละ ๘๐ ระดับดี

ร้อยละ ๖๐-๗๙ ระดับพอใช้

ร้อยละ <๖๐ ระดับปรับปรุง

๙.๑.๘ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการปฏิบัติงาน

แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการปฏิบัติงาน

หน่วยจัดบริการ/ศูนย์บริการสาธารณสุข.....กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. เพศ ชาย หญิง

๒. อายุ.....ปี

๓. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ชุมชน.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....กรุงเทพมหานคร

๔. ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ปวส./อนุปริญญา

ปริญญาตรี/เทียบเท่าหรือสูงกว่า อื่นๆ ระบุ.....

๕. อาชีพ เกษตรกร

ค้าขาย/ธุรกิจ/กิจการส่วนตัว

พนักงานบริษัท/โรงงาน

พ่อบ้าน แม่บ้าน

ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ

ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุข

อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ ๒ ความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด ๕	มาก ๔	ปานกลาง ๓	น้อย ๒	น้อยที่สุด ๑
๑.	ลักษณะงานที่ปฏิบัติ					
๒.	สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้วยตนเอง					
๓.	ความสำเร็จที่ได้รับจากการทำงาน					
๔.	การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานในการปฏิบัติงาน					
๕.	การได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ๆในการปฏิบัติงาน					
๖.	ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ได้รับ					
๗.	ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน					
๘.	งานที่ทำมีผลต่อการดำเนินชีวิต					
	รวมคะแนน					

ส่วนที่ ๓ ความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนในการให้บริการ.....

ส่วนที่ ๔ ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....

๙.๑.๙ แบบรายงานผลการดำเนินงาน การจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ผ.๒)



แบบรายงานผลการดำเนินงาน
การจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(สำหรับผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม)

(แบบ ผ. ๒)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

ชื่อโครงการ

.....

ชื่อผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

๑. ผลการดำเนินงาน

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

๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์

๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

เนื่องจาก

.....
.....

.....
๒.๒ ผู้เข้าร่วมแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม

กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสิ้น จำนวน คน ได้แก่

๒.๒.๑ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ๑ จำนวน คน

๒.๒.๒ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ๒ จำนวน คน

๒.๒.๓ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ๓ จำนวน คน

๒.๒.๔ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่ ๔ จำนวน คน

๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

๓.๑ งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ จำนวน บาท

๓.๒ งบประมาณเบิกจ่ายจริง จำนวน บาท คิดเป็นร้อยละ

๓.๓ งบประมาณคงเหลือ จำนวน บาท คิดเป็นร้อยละ

๓.๔ งบประมาณส่งคืนกองทุน จำนวน บาท คิดเป็นร้อยละ

๔. ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี ได้แก่

- ปัญหาหรืออุปสรรค (ระบุ)

.....

.....

.....

.....

- แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....

.....

.....

(ลงชื่อ) ผู้รายงาน

(.....)

วัน เดือน พ.ศ.

๙.๑.๑๐ แบบกำกับติดตามการดำเนินงาน การบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
เป็นรายเดือน/รายไตรมาส

แบบกำกับ ติดตาม การดำเนินงานการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) รายเดือน/รายไตรมาส

ปีงบประมาณ พ.ศ.....เดือน.....พ.ศ...../ไตรมาสที่.....(เดือน.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....)

รหัส โครงการ	ผลการ ดำเนินงาน	จำนวนผู้รับบริการ (คน)					งบประมาณที่ได้รับ (บาท)		ค่าตอบแทน CG ตามกลุ่มผู้สูงอายุ (บาท)						ค่าวัสดุอุปกรณ์ (บาท)		ปัญหา อุปสรรค และ แนวทางแก้ไข	
		กลุ่ม ที่๑	กลุ่ม ที่๒	กลุ่ม ที่๓	กลุ่ม ที่๔	รวม	ค่าตอบแทน CG	ค่าวัสดุ อุปกรณ์	กลุ่ม ที่๑	กลุ่ม ที่๒	กลุ่ม ที่๓	กลุ่ม ที่๔	รวม	คงเหลือ	จ่าย	คงเหลือ		

หน่วยจัดบริการ/ศูนย์บริการสาธารณสุข.....ผู้รายงาน.....วันเดือนปีที่รายงาน.....

๑๐. เอกสารแนบ (Attachment)

๑๐.๑ ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑

๑๐.๒ ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เรื่องคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร

๑๐.๓ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๒

๑๐.๔ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ.๒๕๖๒

สามารถดาวน์โหลดเอกสารภาคผนวกได้ทาง QR Code หรือ URL ด้านล่างนี้



shorturl.asia/๑mZiQ