




กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

เอกสารวิธีการปฏิบัติงาน Work Instruction (WI)

ชื่อเอกสาร	การตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแล ระยะเวลา ยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	
รหัสเอกสาร	สกส.กทม. ๐๖ - ๐๑ - ๒๕๖๔	
ครั้งที่แก้ไข	-	
วันที่ประกาศใช้	วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๔	
ผู้จัดทำ	๑. นางวรรณภา งามประเสริฐ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่ม งานมาตรฐานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล
	๒. นางสาวจิราวรรณ นามพันธ์	ตำแหน่ง นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ
	๓. นายวงศกร เหมือนใจมา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	๔. นางสาววรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
	๕. นางทองพูน เสนา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ผู้ตรวจสอบ	นางกาญจนา อนุตริยะ	ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองการพยาบาลสาธารณสุข
ผู้อนุมัติ	นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจทนต์	ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

	กองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร	รหัสเอกสาร สกส.กทม.๐๖ - ๐๑ - ๒๕๖๔	วันที่มีผลบังคับใช้ /.... / . ๒๕๖๔
	วิธีปฏิบัติงาน เรื่อง การตรวจสอบและ กลั่นกรองโครงการที่ขอรับการ สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อ จัดบริการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงจากเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานครในส่วน ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	อนุมัติโดย นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	ฉบับที่ : ๑
ลำดับที่	สารบัญ	หน้า	
๑	วัตถุประสงค์ (Objective)	๓	
๒	ผู้ปฏิบัติงาน (Operator)	๓	
๓	เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (Equipment)	๓	
๔	คำศัพท์และคำนิยาม (Term and Definition)	๔	
๕	เอกสารอ้างอิง (Reference Document)	๕	
๖	แบบฟอร์มที่ใช้ (Forms)	๖	
๗	รายละเอียดวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction)	๖	
๘	แผนภูมิ (Flow Chart)	๑๓	
๙	ภาคผนวก (Appendix)	๑๕	

	กองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร	รหัสเอกสาร สกส.กทม.๐๑-๐๑-๒๕๖๔	วันที่มีผลบังคับใช้ /.... / ๒๕๖๔
	วิธีปฏิบัติงาน	อนุมัติโดย นางภาวิณี รุ่งทนต์กิจ	ฉบับที่ : ๑
เรื่อง การตรวจสอบและกลั่นกรอง โครงการที่ขอรับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแล ระยะเวลา ยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงจากเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			

๑. วัตถุประสงค์ (Objective)

หลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร มีแนวทางในการปฏิบัติสำหรับการตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้อง เป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และสามารถให้คำแนะนำต่อผู้เสนอโครงการได้

๒. ผู้ปฏิบัติงาน / ผู้รับผิดชอบ (Responsibility)

ผู้ปฏิบัติงานในฝ่ายพัฒนางานกองทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบดำเนินการตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการ

๓. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง (Equipment)

ไม่มี

๔. คำศัพท์และคำนิยาม (Term and Definition)

๔.๑ โครงการ หมายถึง กระบวนการทำงานที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ มีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย/ตัวชี้วัดของโครงการอย่างชัดเจน มีการกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงานที่เป็นกิจกรรมย่อยหลายๆ กิจกรรม โดยมีระเบียบแบบแผนการปฏิบัติอย่างชัดเจนภายใต้ระยะเวลาและงบประมาณที่กำหนดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการมากที่สุด โดยมีผู้รับผิดชอบโครงการที่ชัดเจนเพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการงานและกิจกรรมต่างๆ ให้สามารถดำเนินไปในทิศทางที่กำหนดและมีประสิทธิภาพสูงสุด กิจกรรมที่กำหนดสอดคล้องเหมาะสมกับเวลาและงบประมาณที่ตั้งไว้

๔.๒ การตรวจสอบโครงการ หมายถึง กระบวนการในการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของโครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เป็นไปตาม ประกาศ ระเบียบของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และโครงการที่เสนอเป็นไปตามแบบเสนอโครงการที่กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพ มหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำหนด

๔.๓ การกลั่นกรองโครงการ หมายถึง กระบวนการในการพิจารณาโครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความเหมาะสม คุ่มค่า และสมประโยชน์กับค่าใช้จ่ายที่ขออนุมัติ โดยพิจารณาจากแผนการดูแลรายบุคคลถึงความสอดคล้องระหว่างผลการประเมินภาวะสุขภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการดูแล กิจกรรมการดูแลที่กำหนดและค่าใช้จ่ายของโครงการ

๔.๔ แผนการดูแลรายบุคคล หมายถึง การวางแผนการดูแลโดยยึดผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลาง เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานกิจกรรม ในแผนการดูแลรายบุคคลครอบคลุม การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ/การวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายการดูแล กิจกรรมการดูแลและการประเมินผลการดูแล

๔.๕ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นๆ ที่มีคะแนนประเมินความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL Index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนนหรือตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และมีสิทธิได้รับการตามประเภทและขอบ เขตบริการด้านสาธารณสุข

๔.๖ การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง การบริการตามประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุขที่เป็นการให้บริการ ณ คริวเรือน หรือที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่ให้บริการโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๔.๗ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึงบุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ผู้ช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

๔.๘ พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร พยาบาล ผู้จัดการสุขภาพที่ใช้เวลาอบรมไม่น้อยกว่า ๗๐ ชั่วโมง ซึ่งจัดโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร หรือสถาบันการศึกษาต่างๆ

๔.๙ หน่วยจัดบริการ หมายถึง สถานบริการ/หน่วยบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน

๔.๙.๑ สถานบริการ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน และของ สภาอากาศไทย หน่วยบริการการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ และสถานบริการสาธารณสุขอื่นที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดเพิ่มเติม

๔.๙.๒ หน่วยบริการ หมายถึง สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔.๙.๓ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟู คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุหรือศูนย์ที่มีชื่ออย่างอื่น ซึ่งจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร หรือที่คณะอนุกรรมการสนับสนุน การจัด บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานครเห็นชอบ

๔.๑๐ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การใดๆที่มุ่งกระทำให้บุคคลมีสุขภาพทางกายและ จิตใจที่ แข็งแรง สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๑๑ การป้องกันโรค หมายถึง การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค และ การป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว

๔.๑๒ การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาค่าความบกพร่องของ ร่างกายและจิตใจที่ยังไม่มีหรือสูญเสียไปให้เกิดมีขึ้น ให้สามารถเรียนรู้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตในสังคมได้

๕. เอกสารอ้างอิง (Reference Document)

๕.๑ เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกัน สุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกาศ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑ (เอกสารอ้างอิง ๙.๕.๑ ตามภาคผนวก)

๕.๒ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ว่าด้วย การ ดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒ (เอกสารอ้างอิง ๙.๕.๒ ตามภาคผนวก)

๕.๓ ประกาศสำนักอนามัยเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เอกสารอ้างอิง ๙.๕.๓ ตามภาคผนวก)

๕.๔ เอกสารการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจ่ายตามประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการด้านสาธารณสุข (เอกสารอ้างอิง ๙.๕.๔ ตามภาคผนวก)

๖. แบบฟอร์มที่ใช้ (Forms)

๖.๑ แบบเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ค.๒ อ้างอิงตามภาคผนวก)

๖.๒ แบบยืนยันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ตส.LTC ๑ อ้างอิงตามภาคผนวก)

๖.๓ ทะเบียนคุมโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ตส.LTC ๒ อ้างอิงตามภาคผนวก)

๖.๔ แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการ (แบบ ตส.LTC ๓ อ้างอิงตามภาคผนวก)

๗. รายละเอียดวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction)

วิธีปฏิบัติ เป็นไปตามขั้นตอนและกระบวนการในการรับเอกสาร ตรวจสอบโครงการ และการกลั่นกรองโครงการ ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

๗.๑ งานรับเอกสารโครงการและประสานงาน

๗.๑.๑ รับเอกสารโครงการจากผู้เสนอโครงการที่ส่งมาเพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลงทะเบียนรับโครงการตามแบบ “ทะเบียนคุมโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (แบบ ตส.LTC ๒ อ้างอิงตามภาคผนวก) ตามลำดับที่รับโดยระบุเลขที่และปีตามปีงบประมาณ ตัวอย่างเช่น เอกสารโครงการลำดับที่หนึ่งซึ่งรับในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ให้เขียนลำดับที่ว่า “๑/๒๕๖๔”

๗.๑.๒ ตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล (แบบ ค.๒ ส่วนที่๑) และแบบยืนยันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ตส.LTC ๑) กรณีข้อมูลในเอกสารทั้ง ๒ ฉบับนี้ไม่ถูกต้องตรงกันหรือไม่ครบถ้วนให้แจ้งผู้เสนอโครงการแก้ไขก่อนแล้วบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการ (แบบ ตส.LTC ๓ อ้างอิงตามภาคผนวก)

๗.๑.๓ ส่งเอกสารโครงการ (แบบค.๒) แบบยืนยันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ตส.LTC ๑) และแบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการ (แบบ ตส.LTC ๓) ให้กับผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการ

๗.๒ งานตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการ

๗.๒.๑ ดำเนินการตามกระบวนการงานใน ๒ ขั้นตอน โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

๑) ขั้นตอนกระบวนการในการตรวจสอบโครงการ

๑.๑) รับเอกสารโครงการ และตรวจสอบเลขที่โครงการให้ตรงกับเลขที่ใน “ทะเบียนคุมโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (แบบ ตส.LTC ๒ อ้างอิงตามภาคผนวก)

๑.๒) ดำเนินการตรวจสอบเอกสารโครงการ ในแต่ละประเด็นโดยอ้างอิงตามประกาศและระเบียบ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร (เอกสารอ้างอิง ๙.๕.๒ ตามภาคผนวก) ดังนี้

๑.๒.๑) ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ของเอกสารโครงการให้เป็นไปตามประกาศ และระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร (เอกสารอ้างอิง ๙.๕.๒ ตามภาคผนวก) ประกอบด้วย การตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เสนอโครงการ การตรวจสอบความสอดคล้องของแผนการดูแลรายบุคคลกับค่าใช้จ่ายที่เสนอขอรับการสนับสนุน และการตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหาแผนการดูแลรายบุคคลตามแบบกำหนด (แบบ ค.๒ ส่วนที่ ๑ อ้างอิงตามภาคผนวก)

๑.๒.๒) ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้เสนอโครงการ ต้องเป็นหน่วยจัดบริการ ดังนี้

(๑) สถานบริการ หรือ

(๒) หน่วยบริการ หรือ

(๓) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือศูนย์อื่นที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

๒) ขั้นตอนกระบวนการในการกลั่นกรองโครงการ

ดำเนินการพิจารณาเนื้อหาของแผนการดูแลรายบุคคลในแต่ละหัวข้อให้มีความสอดคล้อง เชื่อมโยง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโครงการว่าจะสามารถดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายของโครงการที่กำหนดได้จริงรวมทั้งพิจารณาเอกสารยืนยันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย โดยพิจารณารายละเอียดตามแบบเสนอโครงการฯ (แบบ ค.๒) และเอกสารยืนยันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ตส.LTC ๑) ดังนี้

๒.๑) หน้าที่ ๑ : ข้อมูลนำเสนอโครงการ (แบบ ค.๒) ตรวจสอบการกรอกข้อมูล ดังนี้

๒.๑.๑) ระบุชื่อหน่วยจัดบริการชัดเจนถ้าเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขต้องระบุชื่อของศูนย์บริการสาธารณสุขหลังเลขลำดับที่ของศูนย์

๒.๑.๒) จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษรไม่มีรอยลบ ชิด ขูด ฆ่า และหลังการเขียนตัวอักษรจำนวนเงินกรณีไม่มีเศษสตางค์ต้องเขียน “บาทถ้วน”

๒.๑.๓) ไม่เติมข้อความในช่องว่างหลังข้อความ “รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม” และ “ระยะเวลาดำเนินการ”

๒.๑.๔) ผู้เสนอโครงการต้องเป็นผู้บริหารสูงสุดของหน่วยจัดบริการถ้าเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข คือ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ใต้ลายเซ็นของผู้เสนอโครงการ ต้องประทับตราชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งของผู้เสนอโครงการ พร้อมระบุวัน เดือน ปี ให้ครบถ้วน

๒.๒) หน้าที่ ๒ : สรุปแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตรวจสอบและกั้นกรอง ดังนี้

๒.๒.๑) กรอกข้อมูลในช่องว่างเหนือตารางครบทุกช่อง หากไม่มีข้อมูลให้ขีด “-”

๒.๒.๒) การประเมินภาวะสุขภาพมีครบทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ดังนี้

(๑) ด้านร่างกาย (Physical)

(๑.๑) สัญญาณชีพ (V/S)

(๑.๒) ความสะอาดของร่างกาย-ผิวหนัง

(๑.๓) ความสะอาดและสุขภาพของช่องปากและฟัน

(๑.๔) ความสามารถในการรับประทานอาหาร

(๑.๕) ภาวะโภชนาการ/BMI

(๑.๖) การถ่ายปัสสาวะ

(๑.๗) การถ่ายอุจจาระ

(๑.๘) ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

(๑.๙) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยง

(๑.๑๐) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

(๒) ด้านจิตใจ (Psychological)

(๒.๑) ภาวะสุขภาพจิต

(๒.๒) ภาวะสมองเสื่อม (อย่างน้อย ๑ เครื่องมือ)

(๓) ด้านสังคม (Social)

(๓.๑) สิทธิการรักษา

(๓.๒) การมีญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว

(๓.๓) การสนับสนุนจากชุมชน/สังคม

(๓.๔) การเข้าถึงระบบส่งต่อ

(๓.๕) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

(๔) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)

(๔.๑) ศาสนาที่นับถือ

(๔.๒) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

(๔.๓) ความต้องการ

๒.๒.๓) คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันระหว่าง ADL และ TAI สอดคล้องกัน โดย ADL ต้องไม่เกิน ๑๑ คะแนน

๒.๒.๔) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ครอบคลุมและสอดคล้องกับผลการประเมิน ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุฯ

๒.๓) หน้าที่ ๓ : สรุปแผนการดูแลรายบุคคลฯ (ต่อ) ตรวจสอบและกลั่นกรอง ดังนี้

๒.๓.๑) กรอกข้อมูลในช่องว่างเหนือตารางครบทุกช่อง

๒.๓.๒) เป้าหมายการดูแล ควรระบุทั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวโดยต้องมีความเป็นไปได้ตามข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพในหน้าที่ ๒

๒.๓.๓) การดูแล กิจกรรมการดูแลควรครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน สอดคล้องกับผลการประเมินภาวะสุขภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และเป้าหมายการดูแล

(๑) ด้านร่างกาย (Physical)

(๑.๑) ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และหรือญาติผู้ดูแล

(๑.๒) ให้การดูแล/การพยาบาลทั่วไป

(๑.๓) ให้การดูแล/การพยาบาล เพื่อลดความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ

(๑.๔) ให้การดูแล/การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

(๑.๕) ให้บริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

(๑.๖) ให้การดูแล/การแนะนำญาติเพื่อความปลอดภัย กรณีมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัว/การดูแลพิเศษ

(๑.๗) สอนญาติในการดูแลผู้สูงอายุฯ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

(๑.๘) การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

(๑.๙) ติดตามการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

(๒) ด้านจิตใจ (Psychological)

(๒.๑) ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และหรือญาติผู้ดูแล

(๒.๒) ให้การดูแล/การพยาบาล เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ซึมเศร้า สับสน

(๒.๓) การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

(๒.๔) ติดตามการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

(๓) ด้านสังคม (Social)

(๓.๑) ส่งเสริมให้เครือข่าย มีส่วนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง

- (๓.๒) ส่งเสริมและเชื่อมสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว
- (๓.๓) ประสานงานแหล่งสนับสนุนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
- ๔) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)
 - (๔.๑) ให้กำลังใจ ให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคล
 - (๔.๒) อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ
 - (๔.๓) สนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยให้ได้รับความรัก/การให้อภัยจากบุคคลที่รักและบุคคลในครอบครัว
 - (๔.๔) สื่อสารและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
 - (๔.๕) ทำ Family counselling และหรือ Family meeting

๒.๔) หน้าที่ ๔ : สรุปแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตรวจสอบและกลั่นกรอง กรอกข้อมูลในช่องว่างครบทุกช่อง ดังนี้

๒.๔.๑) งบประมาณจำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษรไม่มีรอยลบ ชิด ชุดฆ่าและหลังการ เขียนตัวอักษรจำนวนเงินกรณีไม่มีเศษสตางค์ต้องเขียน "บาทถ้วน" จำนวนเงินงบประมาณให้รวมเงินทั้งค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลและค่าอุปกรณ์ (ถ้ามี)

๒.๔.๒) การระบุค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องระบุจำนวนเงินค่าตอบแทนต่อครั้ง x จำนวนครั้งต่อเดือน x จำนวน ๑๒ เดือน (๑ ปี) โดย ค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลจ่าย ๕๐ บาท ในการเยี่ยมผู้สูงอายุฯ จำนวน ๑ คนต่อการเยี่ยม ๑ ครั้ง ตัวอย่างเช่น เยี่ยมผู้สูงอายุฯ จำนวน ๑ คนเดือนละ ๘ ครั้ง ระยะเวลา ๑ ปี ให้เขียน ดังนี้ ๕๐x๘x๑๒ เป็นเงิน ๔,๘๐๐.๐๐ บาท

๒.๔.๓) ค่าอุปกรณ์ให้ระบุชนิดของอุปกรณ์และจำนวนที่ใช้ การคิดราคาอุปกรณ์เป็นไปตามที่ระบุในเอกสารการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ (เอกสารอ้างอิงตามภาคผนวก) หากไม่มีใช้ตามราคาของกองเภสัชกรรม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร หากไม่มีให้ใช้ราคาตามกรมบัญชีกลางกำหนดการลงชื่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ต้องเขียนทั้งเหนือวงเล็บและช่องว่างในวงเล็บ พร้อมระบุ วัน เดือน ปี ครบถ้วนสอดคล้องกับวันจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ การลงชื่อพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Care Manager) ต้องประทับตรา ชื่อ-นามสกุลและตำแหน่งของพยาบาลผู้จัดการดูแลสุขภาพ (Care Manager) ได้ ลายเซ็นพร้อมระบุ วัน เดือน ปี ครบถ้วน สอดคล้องกับวันจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ

๒.๕) หน้าที่ ๕ : ผลการพิจารณาโครงการ ตรวจสอบ ดังนี้

๒.๕.๑) ผู้เสนอโครงการ ต้องไม่เขียนข้อมูลในช่องว่างทุกช่องของหน้านี้ (ในส่วนนี้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานฝ่ายพัฒนางานกองทุนฯ ที่ได้รับมอบหมาย จะดำเนินการหลังจาก โครงการผ่านการพิจารณาของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเรียบร้อยแล้ว)

๒.๖) เอกสารยืนยันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ตส.LTC ๑) ตรวจสอบและกลั่นกรอง ดังนี้

๒.๖.๑) การบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครบถ้วนทุกช่อง ข้อมูลถูกต้องตามแผนการดูแลรายบุคคลฯ

๒.๖.๒) เรียงลำดับผู้สูงอายุจากกลุ่ม ๑,๒,๓ และ ๔ ตามลำดับ หากแต่ละกลุ่มมีจำนวนผู้สูงอายุ มากกว่า ๑ คน ให้เขียนรายชื่อทุกคนที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันให้ครบก่อนเริ่มกลุ่มต่อไป

๒.๖.๓) ผู้รับรองความถูกต้องของข้อมูลคือ หัวหน้าพยาบาล และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข หรือผู้บริหารสูงสุดของหน่วยจัดบริการ ได้ลายเซ็นผู้รับรองความถูกต้องให้ประทับตราชื่อ-นามสกุล และตำแหน่งของเจ้าของลายเซ็นให้ชัดเจน พร้อมระบุ วัน เดือน ปี ครบถ้วน

๓.๒.๒) ตรวจสอบและบันทึกรายละเอียดที่ได้จากการตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการในแต่ละประเด็นตามขั้นตอนกระบวนการในการตรวจสอบโครงการ และขั้นตอนกระบวนการในการกลั่นกรองโครงการ ลงในแบบฟอร์ม แบบบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ (แบบ ตส.LTC ๓ อ้างอิงตามภาคผนวก) โดยมีแนวทางในการตรวจสอบและบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์ม ดังนี้

๑) ชื่อ-นามสกุล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บันทึกตรงกับที่ระบุในแผนการดูแลรายบุคคลฯ

๒) อายุ บันทึกอายุจริงเป็นปี โดยลงบันทึกตัวเลขในช่อง ต่ำกว่า ๖๐ ปี หรือมากกว่า ๖๐ ปี

๓) เลขบัตรประชาชนขีด “✓” ในช่อง “มี”หรือช่อง“ไม่มี”

๔) สิทธิการรักษา ขีด “✓” ในช่อง “WEL กทม.” (welfare Scheme : สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกรุงเทพมหานคร) หรือ “WEL ต่างจังหวัด” (welfare Scheme : สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของต่างจังหวัด) หรือ “OFC” (Government Or State Enterprise Officer : สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ) หรือ “SSS” (Social Security Scheme : สิทธิประกันสังคม) หรือ “อื่นๆ” ระบุ.....

๕) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน บันทึกค่าคะแนน ADL (Activities of Daily Living : ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน) และกลุ่ม TAI (Typology of Aged with Illustration : เครื่องมือประเมินสถานะของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจ)

๖) การวินิจฉัยโรค บันทึกชื่อโรคตรงกับที่ระบุในแผนการดูแลรายบุคคลฯ

๗) อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ ถ้าเป็น NG tube (สายให้อาหารทางสายยาง) หรือ Foley's catheter (สายสวนปัสสาวะ) ขีด “✓” ในช่องที่ระบุ หากเป็นอุปกรณ์อื่นๆ เขียนบันทึกในช่อง “อื่น ๆ”

๘) กลุ่มผู้สูงอายุฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ขีด “✓” ในช่องกลุ่ม ๑,๒,๓ หรือ ๔ โดยพิจารณาจากค่าคะแนน ADL (Activities of Daily Living : ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน) และกลุ่ม TAI (Typology of Aged with Illustration : เครื่องมือประเมินสถานะของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจ)

๙) เลขที่ HHC (Home Health Care) บันทึกตรงกับที่ระบุในแผนการดูแลรายบุคคลฯ

๑๐) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) และ พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Nurse Care Manager) บันทึก ชื่อ-นามสกุล ตรงกับวันที่ระบุในแผนการดูแลรายบุคคลฯ แยกตามเพศ

๑๑) ความถูกต้องและสอดคล้องของแผนการดูแลรายบุคคลฯ ให้พิจารณาผลการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลว่า ผู้เสนอโครงการระบุข้อมูลครบถ้วน การวิเคราะห์ข้อมูลถูกต้อง เหมาะสมแล้ว บันทึกในช่อง “เหมาะสม” หรือช่อง “ปรับปรุง”

๑๒) งบประมาณให้บันทึกจำนวนเงินที่เสนอขอทั้งจำนวนรวม ค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลค่าอุปกรณ์การแพทย์ และขีด “✓” ในช่อง การยืนยันงบประมาณ หรือไม่ยืนยัน หากไม่ยืนยัน ขีด “✓” ในช่อง “เพิ่ม” หรือช่อง “ลด”

๑๓) ความเห็นผู้รับผิดชอบงานฯ ต้องให้ความเห็นจากการตรวจสอบและกลั่นกรอง โครงการถึงความเหมาะสมของโครงการที่เสนอ โดยนำข้อมูลจากแผนการดูแลรายบุคคลฯ มาใช้ประกอบการพิจารณาให้ความเห็น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาโครงการของ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ต่อไป

๗.๒.๓ ผู้รับผิดชอบงานฯ นำบันทึกรายละเอียดที่ได้จากการตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการ ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ดังนี้

๑) กรณีมีการปรับแก้โครงการประสานผู้เสนอโครงการแก้ไขตามข้อคิดเห็นที่ได้จากการตรวจสอบและกลั่นกรอง เพื่อให้โครงการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตามประกาศ หรือระเบียบ ที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครกำหนด

๒) ตรวจสอบการแก้ไขโครงการของผู้เสนอโครงการและปรับการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้องตามการแก้ไข

๓) จัดทำรายงานสรุปผลการพิจารณาถ้อยแถลงโครงการฯ และ เตรียมการนำเสนอ ในการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

๔) ร่วมจัดประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว และเสนอข้อมูลที่ได้จากการจัดทำสรุปการตรวจสอบและกลั่นกรองโครงการต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ เพื่อการพิจารณาโครงการ

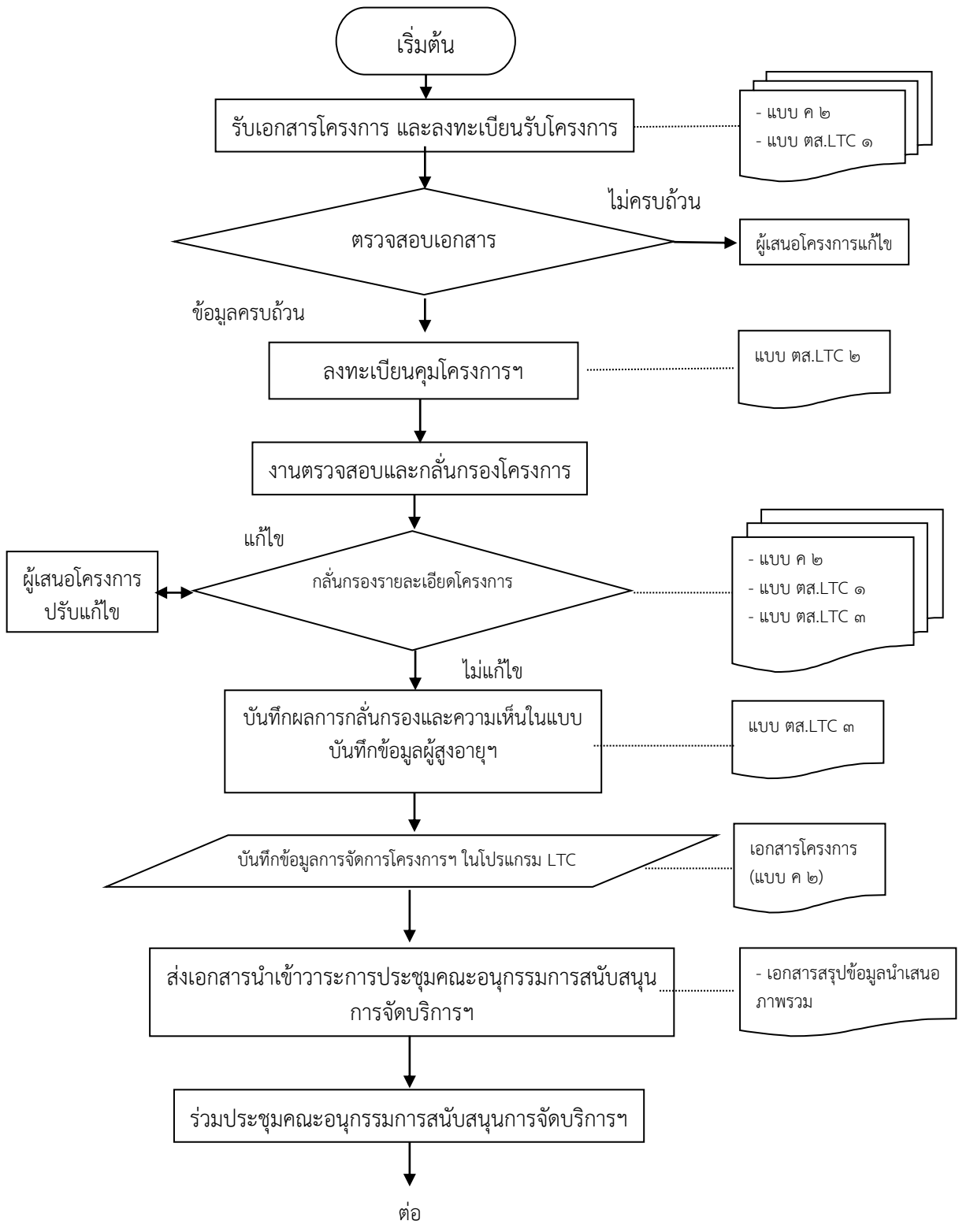
๕) ติดตามผลการพิจารณาโครงการของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

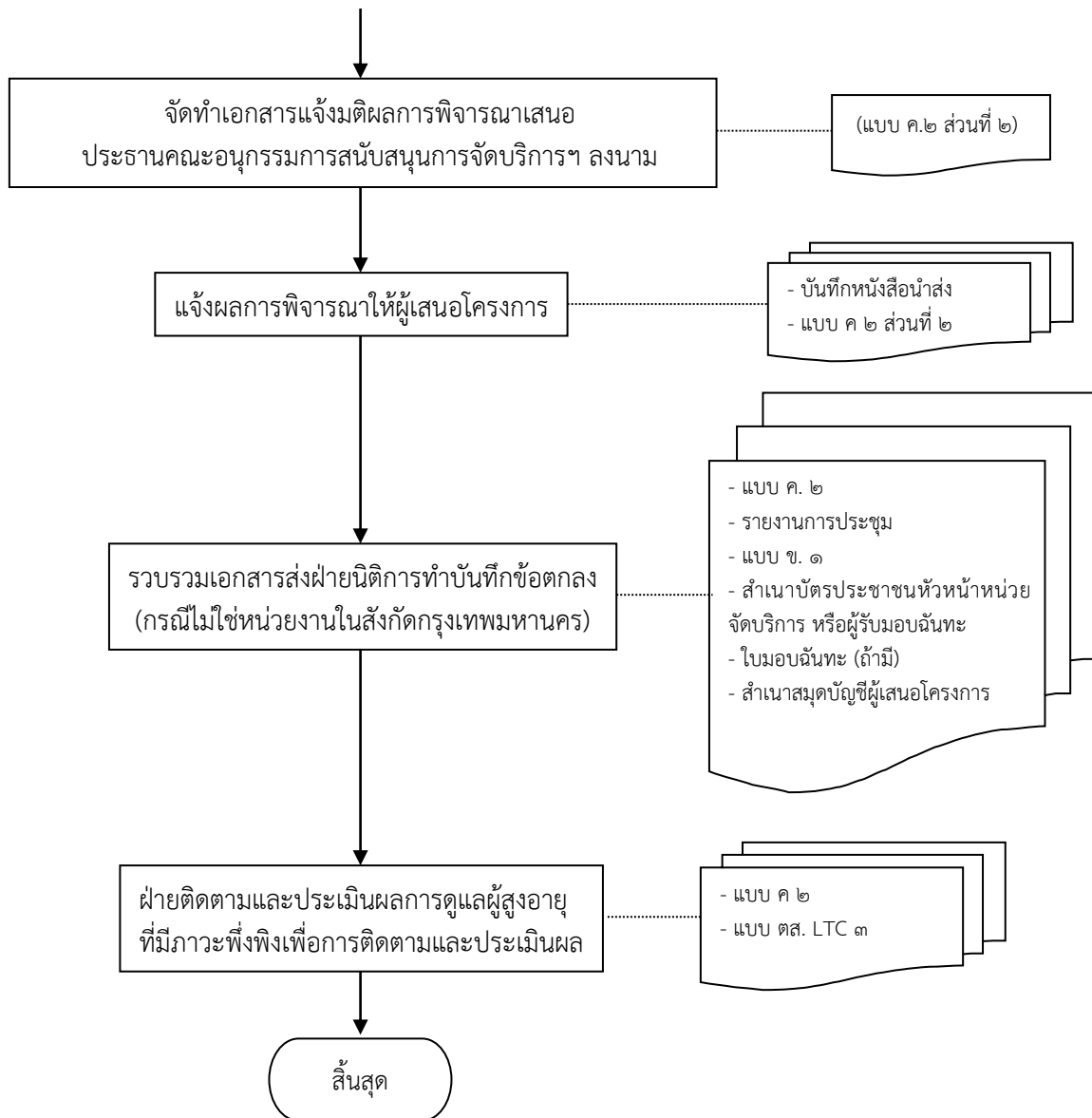
๖) ร่วมบันทึกผลการพิจารณาของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว (แบบ ค.๒ ส่วนที่ ๒ อ้างอิงตามภาคผนวก) เสนอประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ลงนามภายหลังการลงนามแล้วเสร็จ แจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เสนอโครงการรับทราบเพื่อจัดทำหนังสือขอรับเงินจากกองทุนฯ

๗) กรณีหน่วยจัดบริการไม่ได้อยู่ภายใต้สังกัดกรุงเทพมหานครต้องทำบันทึกข้อตกลง ผู้รับผิดชอบงานฯ ต้องรวบรวมเอกสารอันเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกข้อตกลง ได้แก่ สำเนาแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจทำการแทนหน่วยจัดบริการ หนังสือที่แสดงถึงการมีอำนาจผูกพันหน่วยจัดบริการ สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารของหน่วยจัดบริการและสำเนารายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการระยะยาวฯ ครั้งที่ได้อนุมัติแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่จะทำบันทึกข้อตกลงส่งให้ฝ่ายนิติการเพื่อจัดทำบันทึกข้อตกลง

๘) รวบรวมและตรวจสอบโครงการที่ผ่านการอนุมัติ ส่งให้ฝ่ายติดตามและประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๘. แผนภูมิ (Flow Chart)





๙. ภาคผนวก (Appendix)

๙.๑ ทะเบียนคุมโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานครในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร														(แบบ ตส.LTC๒)				
ฝ่ายพัฒนางานกองทุนสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง																		
ทะเบียนคุมโครงการที่ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง																		
ลำดับ ที่	วัน เดือน ปี ที่รับ	ชื่อหน่วยจัดบริการ ที่เสนอโครงการ	จำนวนผู้สูงอายุ				งปม.ที่เสนอขอ	สถานะของโครงการ								หมายเหตุ		
			รวม	กลุ่มที่๑	กลุ่มที่๒	กลุ่มที่๓		กลุ่มที่๔	การตรวจเอกสาร			การตรวจสอบและกั้นกรง		การพิจารณาของอนุกรรมการฯ			ส่งให้ ฝ่าย ติดตามฯ	
									เรียบร้อย	ส่งแก้ไข	รอดตรวจ	รอดตรวจ	ผ่าน	อนุมัติ	งปม.อนุมัติ			ไม่อนุมัติ

๙.๒ แบบเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (แบบ ค.๒)



แบบเสนอโครงการ

(แบบ ค. ๒)

จัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(สำหรับผู้เสนอแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม)

รหัสแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม.....

ส่วนที่ ๑ : โครงการ

เรียน ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรุงเทพมหานคร

ด้วย..... เขต..... กรุงเทพมหานคร

มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี จำนวน คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน บาท (.....) รายละเอียด มีดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างและ อาจมีปัญหาการกิน หรือ การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มี ภาวะสับสนทางสมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้และ อาจมีปัญหาการกินหรือกา ขับถ่าย หรือมีอาการ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมี อาการเจ็บป่วยรุนแรง หรือ อยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรุงเทพมหานคร พิจารณาสันนิษฐานค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ(ระบุตามวันเริ่มต้นและสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล)

(ลงชื่อ) ผู้เสนอโครงการ
(.....)
วัน เดือน พ.ศ.

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและคำบริการดูแลระยะยาว (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) <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผิดปกติ ระบุ.....</p> <p>๒. ความสะอาดของร่างกาย-ผิวหนัง <input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด ระบุ.....</p> <p>๓. ความสะอาดและสุขภาพของช่องปากและฟัน <input type="checkbox"/> สะอาด <input type="checkbox"/> ไม่สะอาด ระบุ.....</p> <p>๔. ความสามารถในการรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> กินได้เอง <input type="checkbox"/> ต้องมีคนป้อน <input type="checkbox"/> NG Tube</p> <p>๕. ภาวะโภชนาการ/BMI ๕.๑ BMI : <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ผอม <input type="checkbox"/> ท้วม <input type="checkbox"/> อ้วน ๕.๒ ภาวะโภชนาการ <input type="checkbox"/> ซีด <input type="checkbox"/> ไม่ซีด</p> <p>๖. การถ่ายปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> สวนเป็นบางครั้ง <input type="checkbox"/> Foley's Catheter <input type="checkbox"/> Cystostomy</p> <p>๗. การถ่ายอุจจาระ <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> ท้องผูก <input type="checkbox"/> Colostomy</p> <p>๘. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ <input type="checkbox"/> แผลกดทับ <input type="checkbox"/> ข้อยึดติด <input type="checkbox"/> ผลข้างเคียงจากยา <input type="checkbox"/> ปากแห้ง ตาแห้ง <input type="checkbox"/> การติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ</p> <p>๙. ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยง <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการมองเห็น <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการได้ยิน <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการทรงตัว <input type="checkbox"/> ปัญหาด้านการรับรส <input type="checkbox"/> แสงสว่างไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> การถ่ายเทอากาศไม่ดี <input type="checkbox"/> ที่พักอาศัยไม่แข็งแรง <input type="checkbox"/> สิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย</p> <p>๑๐. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน <input type="checkbox"/> ADL..... <input type="checkbox"/> TAI..... <input type="checkbox"/> PPSV๒..... <input type="checkbox"/> Pain score.....</p>	<p>๑. ภาวะสุขภาพจิต <input type="checkbox"/> ความเครียด (ST๕).....คะแนน <input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า (๒Q).....คะแนน <input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า (๙Q).....คะแนน <input type="checkbox"/> การฆ่าตัวตาย (๘Q).....คะแนน</p> <p>๒. ภาวะสมองเสื่อม (อย่างน้อย ๑ เครื่องมือ) <input type="checkbox"/> Minicogคะแนน <input type="checkbox"/> MMSE-T๒๐๐๒.....คะแนน <input type="checkbox"/> MoCAคะแนน <input type="checkbox"/> AMTคะแนน</p>	<p>๑. สิทธิการรักษา <input type="checkbox"/> หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... <input type="checkbox"/> ผู้พิการ <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ประกันสังคม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>๒. การมีญาติ/ผู้ดูแลในครอบครัว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>๓. การสนับสนุนจากชุมชน/สังคม <input type="checkbox"/> มีอาสาสมัคร/เครือข่ายช่วยดูแล <input type="checkbox"/> ได้รับเบี้ยยังชีพ/เบี้ยผู้พิการ <input type="checkbox"/> มีแหล่งช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> มีการส่งเสริมรายได้/ฝึกอาชีพ <input type="checkbox"/> มีแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์</p> <p>๔. การเข้าถึงระบบส่งต่อ <input type="checkbox"/> เข้าถึงระบบส่งต่อได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถเข้าถึงระบบส่งต่อได้</p> <p>๕. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน <input type="checkbox"/> เข้าร่วม <input type="checkbox"/> ไม่เข้าร่วม</p>	<p>๑. ศาสนาที่นับถือ <input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>๒. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา <input type="checkbox"/> ทำสมาธิ <input type="checkbox"/> สวดภาวนา/อธิษฐาน <input type="checkbox"/> ละหมาด <input type="checkbox"/> สวดอ้อนวอน <input type="checkbox"/> อ่านหนังสือธรรมะ <input type="checkbox"/> อ่านพระคัมภีร์ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>๓. ความต้องการ <input type="checkbox"/> การอยู่อย่างสงบ <input type="checkbox"/> การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล <input type="checkbox"/> การเอาใจใส่จากทีมสุขภาพ <input type="checkbox"/> การได้รับบอภัยในสิ่งเคยทำผิดพลาด <input type="checkbox"/> การจัดให้มีสิ่งทีเฝ้ารักษา/สิ่งศักดิ์สิทธิ์ไว้ใกล้ตัว <input type="checkbox"/> การปฏิบัติกิจกรรมศาสนา/ความเชื่อ โดยตนเองหรือผู้ที่ไว้วางใจ/เคารพเชื่อถือ</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์..... ประเด็นปัญหา/ความต้องการ.....</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์..... ประเด็นปัญหา/ความต้องการ.....</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์..... ประเด็นปัญหา/ความต้องการ.....</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์..... 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 คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงและหรือญาติผู้ดูแล 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 การดูแลความสะอาดช่องปาก ฯลฯ</p> <p><input type="checkbox"/> เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และหรือ การดูแล เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติด ผลจากการใช้ยา 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</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="radio"/> รจัดสิ่งแวดล้อม <input type="radio"/> อื่น ๆ 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/การดูแลพิเศษ</p> <p><input type="checkbox"/> สายให้อาหารทางจมูก/หน้าท้อง <input type="checkbox"/> สายสวนคาบัสสภาวะ <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 คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงและหรือญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับ</p> <p><input type="checkbox"/> การประเมินและการผ่อนคลายความเครียด ทั้งของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแล</p> <p><input type="checkbox"/> การประเมินภาวะซึมเศร้า</p> <p>๒. ให้การดูแล/การพยาบาล เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ซึมเศร้า สับสน โดย</p> <p><input type="checkbox"/> สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ</p> <p><input type="checkbox"/> เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ความเข้าใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาที่ชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ให้ความมั่นใจในการดูแล เพื่อควบคุมอาการรบกวนด้านร่างกาย</p> <p><input type="checkbox"/> แนะนำกิจกรรมทางเลือก เพื่อการบำบัด เช่น ดนตรี นวด ฯลฯ</p> <p>๓. การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ไปยัง</p> <p><input type="checkbox"/> นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> สถานบริการที่เหมาะสม</p> <p>๔. <input type="checkbox"/> ติดตามการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<p>๑. <input type="checkbox"/> ส่งเสริมให้เครือข่าย มีส่วนช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>๒. <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและเชื่อมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว</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 และยานพาหนะ)</p>	<p>๑. <input type="checkbox"/> ให้กำลังใจ ให้เกียรติเคารพในความเป็นบุคคล</p> <p>๒. <u>อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อ</u></p> <p><input type="checkbox"/> สนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์ เช่น สื่อสารสนเทศ หนังสือ คัมภีร์ วัตถุมงคล บุคคล ฯลฯ</p> <p><input type="checkbox"/> สนับสนุนการฝึกทักษะ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เช่น การทำสมาธิบำบัด SKT การละหมาด การสวดอ้อนวอน</p> <p>๓. <input type="checkbox"/> <u>สนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยให้ได้รับความรัก/การให้อภัยจากบุคคลที่รักและบุคคลในครอบครัว</u></p> <p>๔. <input type="checkbox"/> <u>สื่อสารและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล</u></p> <p>๕. <input type="checkbox"/> <u>ทำ Family counselling และหรือ Family meeting</u></p>

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

ข้อควรระวังในการให้บริการ

.....
.....

ขอรับการสนับสนุนค่าบริการดูแลระยะยาว(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.....

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

อนุมัติ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคลและค่าใช้จ่าย ตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน บาท (.....) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานครเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน บาท (.....) รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบ่งเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข								รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มี ภาวะสับสนทางสมอง		กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทาง สมอง		กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย หรือมี อาการเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย 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.

๙.๕ เอกสารอ้างอิง

๙.๕.๑ เอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานครดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกาศ ณ วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

๙.๕.๒ ระเบียบคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการดำเนินงาน และการบริหารจัดการกองทุน พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศ ณ วันที่ ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒

๙.๕.๓ ประกาศสำนักอนามัยเรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๙.๕.๔ เอกสารการชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจ่ายตาม ประเภทผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความต้องการบริการด้านสาธารณสุข

สามารถดาวน์โหลดเอกสารภาคผนวกได้ทาง QR Code หรือ URL ด้านล่างนี้



<http://๑ab.in/Noh>