

แบบฟอร์มโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

.....

ส่วนที่ 1 : โครงการ


เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลไผ่
 อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอเมืองกาฬสินธุ์
 จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่
 เทศบาลตำบลไผ่ โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับบุคคลที่มีภาวะ
 พึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศฯ เป็นค่าบริการดูแลระยะยาวฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี
 จำนวน 5 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน 52,210 บาท (ห้าหมื่นสองพันสองร้อยสิบบาทถ้วน)
 รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		กลุ่มที่ 4			
เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		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)
3	31,326	-	-	-	-	2	20,884	5	52,210

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการดูแลฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี เพื่อ
 เสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง พิจารณาสันนิษฐาน
 ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2568

ลงชื่อ  ผู้จัดทำโครงการ

(นายประครอง สุไผ่โพธิ์)

ตำแหน่งประธานกรรมการศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ฯ

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ นายพิชิต สุริยะบุญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100193987	ที่อยู่ 59 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 02 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2518 (อายุ 50 ปี)	วินิจฉัย : ADL=3, TAI=12 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้ป่วยมีภาวะดัดแข็ง มีอาการบวม มีแผลกดทับด้านหลัง ขา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 4 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การอาบน้ำ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 2 ชิ้น/วัน	มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้	
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายจงดี ศรีทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100192522	ที่อยู่ 32 หมู่ 2 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) 043850061	วันที่จัดทำ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 16 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 69 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กล้ามเนื้ออ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ตา (eyes) - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ช่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าเช่าเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ น.ส.คำปุ่น สิงห์หามาตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3460100960864	ที่อยู่ 93 หมู่ 4 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2510 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : เคลื่อนไหวลำบาก แขนขา อ่อนแรง เคยได้รับอุบัติเหตุขาหัก	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับ การสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 10,442 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การพลัดตกหกล้ม	ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ จับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(.....)

ลงชื่อ.....อปท.

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ ค.ช.ภัสกร จำเริญสถิตย์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1469900963746	ที่อยู่ 137 หมู่ 6 หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 03 เดือน มกราคม พ.ศ. 2568
เกิดวันที่ 19 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2555 (อายุ 13 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีภาวะแทรกซ้อน จากอุบัติเหตุไฟลวกทั่วตัว หลังกลับจากโรงพยาบาล หายใจเองไม่ได้ ต้องเจาะใส่คอเพื่อช่วยหายใจ มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องดูดเสมหะทุกวันเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 10,442 บาท	- กลืนลำบาก - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - การทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การดูดเสมหะที่ถูกต้องวิธี การดูแลพยาบาลเฉพาะ - คอ (throat) - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral)
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลับปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม
มีความต้องการ/ควรได้รับ		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	ระยะสั้น - การได้รับช่วยเหลือทันอุปการณ์ทางการแพทย์ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายสุวิทย์ ทบแก้ว	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

[.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

**ส่วนที่ 3 : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลฯ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแล
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง**

การประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2568 เมื่อวันที่ 25 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ได้พิจารณาโครงการของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามโครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการดูแลฯ (เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เทศบาลตำบลไผ่ จำนวน 5 คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 52,210 บาท (ห้าหมื่นสองพันสองร้อยสิบบาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลไผ่เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 52,210 บาท (ห้าหมื่นสองพันสองร้อยสิบบาทถ้วน)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		กลุ่มที่ 4			
เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
3	31,326	-	-	-	-	2	20,884	5	52,210

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ).....

ลงชื่อ.....

(นายประครอง สุไผ่โพธิ์)

นายกเทศมนตรีตำบลไผ่

ประธานคณะอนุกรรมการ

สนับสนุนการจัดบริการดูแลสำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
เทศบาลตำบลไผ่ อำเภอมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์