

ตัวอย่าง (ขอรับสนับสนุนจากงบกองทุนตำบล)

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก สามารถปรับได้ตามระเบียบของผู้ดำเนินโครงการ

เรื่อง โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ด้วย หน่วยงาน...(หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/หน่วยงานสาธารณสุข(อปท.)) มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ในปีงบประมาณ 256x โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเงินxxxx- บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

1. หลักการและเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น งบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

(...ชื่อหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน...) จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน.....

2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Adl≤6) ตามแผนการดูแลรายบุคคล ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. วิธีดำเนินการ

1. (ชื่อหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน) จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1) ค้นหากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สํารวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของชุดสิทธิประโยชน์ การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Adl≤6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซักรับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เพิ่มเติมจากงบกองทุนตำบล

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ Adl≤6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้เรียบร้อยก่อน และนำเฉพาะรายการค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก มาสนับสนุนจากงบกองทุนตำบล

3) ค้นหา/สำรวจ บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ในพื้นที่ โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำการประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางแพทย์ ประกอบการค้นหา/สำรวจ

หมายเหตุ : สำนักงานฯร่วมกับกรมอนามัยจัดทำแบบประเมินภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อให้หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. นำไปปรับใช้ในพื้นที่ รายละเอียดอยู่ในโครงการ และสามารถบันทึกแบบประเมินดังกล่าวในโปรแกรมเว็บไซต์กองทุนฯระยะต่อไป และอนุโลมให้นำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 หรือคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในบุคคลไม่สูงอายุได้

4) หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ พบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับประสานติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช.เขต หรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมฯในพื้นที่ ให้รับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก จากงบกองทุนตำบล

5) หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ สรุปรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย/ประเภทผ้าอ้อมฯ จำนวนชิ้น/จำนวนวันที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

หมายเหตุ : การบันทึกสรุปรายชื่อกลุ่มเป้าหมายรายละเอียดอยู่ในโครงการและจะสามารถในโปรแกรมเว็บไซต์กองทุนฯระยะต่อไป

2. หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ นำส่งผ้าอ้อมฯ ให้กับกลุ่มเป้าหมายและจัดทำทะเบียนคุมการใช้ผ้าอ้อมฯ

3. หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

หมายเหตุ : 1. คีกรายละเอียดตามแนวทางฯ ปีงบประมาณ 2565

2. หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนฯ สามารถบันทึกโครงการและข้อมูลการสนับสนุนผ้าอ้อมฯในโปรแกรมเว็บไซต์กองทุนฯในระยะต่อไป

3. กลุ่มเป้าหมาย

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

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน :xxx- คน

4. ระยะเวลาดำเนินการ

อาจกำหนดรอบละ 3...6 หรือ 12 เดือน ก็ได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความจำเป็นในพื้นที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ถึง วันที่เดือน พ.ศ.

5. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่รับผิดชอบของกองทุนฯ

6. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

- | | |
|---|---------------------|
| 1) ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่
(เป้าหมาย x ปริมาณผ้าอ้อมที่ใช้ไม่เกิน 3 ชิ้น/วัน
x จำนวนวัน x ราคากลางต่อชิ้น) | เป็นเงิน -xxxx- บาท |
| 2) ค่าแผ่นรองซับการขับถ่าย
(เป้าหมาย x ปริมาณแผ่นรองซับที่ใช้ไม่เกิน.....ชิ้น/วัน
x จำนวนวัน x ราคากลางต่อชิ้น) | เป็นเงิน -xxxx- บาท |
| 3) ค่าผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน xx ชิ้น
(เป้าหมาย x ปริมาณผ้าอ้อมทางเลือกที่ใช้ไม่เกิน.....ชิ้น/วัน
x จำนวนวัน x ราคากลางต่อชิ้น) | เป็นเงิน -xxxx- บาท |
| 4) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
(ตามอัตราของระเบียบหน่วยงานที่รับบ) | เป็นเงิน -xxxx- บาท |
| 5) ค่าประชาสัมพันธ์โครงการ | เป็นเงิน -xxxx- บาท |
| 6) ค่าวัสดุ/อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม | เป็นเงิน -xxxx- บาท |
| 7) ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการกิจกรรม | เป็นเงิน -xxxx- บาท |

รวม.....บาท

หมายเหตุ : อัตราราคากลางผ้าอ้อมฯและจำนวนที่ใช้ต่อวันเป็นไปตาม สปสช. กำหนด

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง $Adl \leq 6$ มีแผนการดูแลรายบุคคลฯ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมฯ เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากขึ้น

-ตัวอย่าง-**แบบประเมิน**

บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นไส้สภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นไส้สภาวะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้)	วัน/เดือน/ปี (เกิด) อายุ ปี	ที่อยู่
วันที่ประเมิน	ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input type="checkbox"/> มีประวัติคลื่นไส้สภาวะหรืออุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน) หรือมีภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะคั่งในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่และหูดทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> แผ่นรองซับการขับถ่าย จำนวน....ชิ้น/วัน <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมทางเลือก จำนวน....ชิ้น/วัน	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน

