



แนวทางการดำเนินงาน

ตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

ความเป็นมา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติในการประชุมครั้งที่ 5/2565 วันที่ 2 พฤษภาคม 2565 เห็นชอบให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือกในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)
2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รายละเอียดของประกาศดังกล่าวตามเอกสารหมายเลข 1

งบประมาณในการดำเนินงานตามโครงการฯ

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนตำบล) สนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ สำหรับกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นคนไทยทุกสิทธิ

หน่วยงานที่มีสิทธิขอรับสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดทำโครงการฯ

หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

อัตราราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับดำเนินงานตามโครงการฯ และการสนับสนุนแผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก

1. อัตราราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ต่อชิ้น 9.50 บาท จำนวนไม่เกิน 3 ชิ้นต่อคนต่อวัน ราคารวมต่อวัน 28.50 บาท โดยมีคุณลักษณะตามที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รับรอง
2. อัตราราคาแผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก จำเป็นต้องศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสนับสนุนในภายหลัง

วิธีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ

1. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. จัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามวิธีการดังนี้ รายละเอียดของโครงการดังกล่าวตามเอกสารหมายเลข 2

- 1) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สํารวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลของ

ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดี แอล (BarthelADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Adl≤6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมจากงบกองทุนตำบล

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ Adl≤6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้เรียบร้อยก่อน จึงจะสามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่จากงบกองทุนตำบล

3) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ให้พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ประเมินหรือนำข้อบ่งชี้ทางแพทย์มาประกอบการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่จากงบกองทุนตำบล ทั้งนี้ สปสช. ร่วมกับกรมอนามัยจัดทำแบบประเมินภาวะปัญหาการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อให้หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. นำไปปรับใช้ในพื้นที่ รายละเอียดอยู่ในโครงการ รวมถึงอนุโลมให้นำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 หรือคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในบุคคลไม่สูงอายุได้

4) หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. ได้รับการประสาน/ติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช.เขต หรือสายด่วน 1330 ขอรับสนับสนุนผ้าอ้อมฯ ในพื้นที่หน่วยงานของท่าน ให้รับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

5) หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. สรุปรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนขึ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เสนอโครงการให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

3. คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติโครงการ ให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท.

4. ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. ส่งจ่ายเงินกองทุนตำบลภายใต้โครงการที่ คณะกรรมการอนุมัติ ให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท.

5. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมายภายใต้โครงการที่ได้รับอนุมัติ ตามระเบียบของหน่วยงานถือปฏิบัติ

6. หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. นำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือประสานกลุ่มเป้าหมายหรือญาติมารับแทนที่หน่วยงานก็ได้ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความจำเป็นในพื้นที่ พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประกอบการจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการฯ

วิธีการบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ

ผู้ที่ได้รับมอบหมายของกองทุนฯ บันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามโครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และข้อมูลจำนวนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับหน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือ อปท. เพื่อรายงานผลการเบิกค่าใช้จ่ายตามโครงการฯ ด้วยโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ <https://obt.nhso.go.th/obt/home>

วิธีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

หน่วยบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน
หรือ อปท. จัดทำโครงการ

ประกาศ/ระเบียบ
ที่เกี่ยวข้อง

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง
LTC CP (ADL≤6)

1. สำรอง/ค้นหา/คัดกรอง
โดย CM สำรองจาก CP ตามรอบ
ประเมิน เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
เพิ่มเติม
2. CM พบไม่มี CP ทำ CP ก่อน
และนำผ้าอ้อมมาสนับสนุน
3. หน่วยงานในพื้นที่ได้รับแจ้งจาก
กลุ่มเป้าหมาย/ญาติ/ประชาชน
/1330/สปสช.เขต หน่วยงานรับเรื่อง
ให้ CM ทำ CP และนำผ้าอ้อมผู้ใหญ่
มาสนับสนุน

บุคคลที่มีภาวะปัญหา
กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
ตามผลการประเมิน
หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

1. สำรอง/ค้นหา/คัดกรอง
เพื่อประเมินกลุ่มเป้าหมาย
และสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
2. หน่วยงานในพื้นที่ได้รับแจ้งจาก
กลุ่มเป้าหมาย/ญาติ/ประชาชน
/1330/สปสช.เขต หน่วยงานรับเรื่อง
ทำการประเมินกลุ่มเป้าหมาย
เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภท
และขอบเขตของบริการ
สาธารณสุข (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565

ประกาศคณะกรรมการหลัก
ประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภท
เพิ่มเติม ข้อ 4 นิยามหน่วยฯ/
ข้อ 10 (1) (3) /ข้อ 16 (2)
/เอกสารหมายเลข 1
แนบท้ายประกาศฯ
ข้อ 2.1 และข้อ 4.1

สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน
/จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

เสนอโครงการให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

ผู้บริหารสูงสุดของ อปท. สั่งจ่ายเงินกองทุนภายใต้โครงการให้กับหน่วยงาน

หน่วยงานเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ให้กับกลุ่มเป้าหมาย
ภายใต้โครงการที่ได้รับอนุมัติ ตามระเบียบของหน่วยงานถือปฏิบัติ
และนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หรือให้กลุ่มเป้าหมาย/ญาติรับแทนที่หน่วยงานก็ได้
พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๕

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ กรณีบริการยา เวชภัณฑ์ อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

อาศัยอำนาจตามความใน (๑๒) ของบทนิยามคำว่า “ค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข” ในมาตรา ๓ มาตรา ๕ วรรคสาม และมาตรา ๑๘ (๓) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๙) ของบัญชีหมายเลข ๔ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

“(๙) ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองซับการขับถ่าย และผ้าอ้อมทางเลือก ในกลุ่มเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

(ก) บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า ๖ คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan)

(ข) บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายอนุทิน ชาญวีรกูล)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

-ตัวอย่าง-

โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่
สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
สามารถปรับได้ตามระเบียบของผู้ดำเนินโครงการ

เรื่อง โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ด้วย หน่วยงาน...(หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/หน่วยงานสาธารณสุข (อปท.)) มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ในปีงบประมาณ 256x โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นเงินxxxxx... บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

1. หลักการและเหตุผล

บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน จัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น งบประมาณที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

(...ชื่อหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน...) จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน.....

2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. วิธีดำเนินการ

1. (ชื่อหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน) จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

1) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สำรวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล ของชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Adl≤6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมจากงบกองทุนตำบล

2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง Adl≤6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้เรียบร้อยก่อน และนำเฉพาะรายการค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่มาสนับสนุนจากงบกองทุนตำบล

3) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ในพื้นที่ โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำการประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางแพทย์ประกอบการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

4) กรณีพบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับประสานติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช.เขตหรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับผ้าอ้อมฯในพื้นที่ **หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน**รับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

5) สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

2. **หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน**ดำเนินการจัดหาและนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

3. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

หมายเหตุ : รายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

3. กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (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 เป็นเงิน -xxxx- บาท
(จำนวนคน x ราคา.....บาทต่อชิ้น x จำนวน 3 ชิ้น/วัน
x จำนวนวัน = ราคารวม)
- 2) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นเงิน -xxxx- บาท
(ตามอัตราของระเบียบหน่วยงานที่รับบ)
- 3) ค่าประชาสัมพันธ์โครงการ เป็นเงิน -xxxx- บาท
- 4) ค่าวัสดุ/อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม เป็นเงิน -xxxx- บาท
- 5) ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการกิจกรรม เป็นเงิน -xxxx- บาท

รวม.....บาท

หมายเหตุ : อัตราราคาและจำนวนที่ใช้ต่อวันตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าคะแนน ADL เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันจัดทำ
เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)	วินิจฉัย : ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่าย รายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่..... ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ เหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวน เงิน.....บาท โดยมี รายละเอียดดังนี้		
การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้		
มีความต้องการ/ควรได้รับ - ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.....ชิ้น		
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
	ระยะสั้น ระยะยาว	
ผู้จัดทำ Care plan	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

แบบประเมิน

บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นไส้สวาะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว) (บุคคลที่มีภาวะปัญหาคลื่นไส้สวาะหรืออุจจาระไม่ได้) หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้)	วัน/เดือน/ปี (เกิด) อายุ ปี	ที่อยู่
วันที่ประเมิน	ผลการประเมิน <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นไส้สวาะไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นอุจจาระไม่ได้ <input type="checkbox"/> มีภาวะคลื่นไส้สวาะและอุจจาระไม่ได้	ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ) <input type="checkbox"/> มีประวัติคลื่นไส้สวาะหรืออุจจาระไม่อยู่ <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อัมพาตเกรน) หรือมีภาวะอัมพาตเกรนหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก <input type="checkbox"/> มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่งกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก)
ผู้ประเมิน (พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข ชื่อ-นามสกุล	ความเห็นของผู้ประเมินที่ได้รับ <input type="checkbox"/> ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น	ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน

