**แบบหนังสือแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข**

**สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่**

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผ่านผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต......)

 ด้วย (ระบุชื่อ อบต./เทศบาล)....................อำเภอ....................................จังหวัด....................................มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม ที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว
2. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป
3. ประสานงานกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพิจารณาจัดหา กำหนดอัตราการชดเชยค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙
4. ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป
5. สรุปรายชื่อและจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบฟอร์ม LTC ๑ ทั้งนี้ ให้ส่งในรูปแบบไฟล์อิเลคทรอนิกส์ จำนวน ๑ ชุด ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อการจัดสรรงบประมาณให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป
6. ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือ แนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดขึ้นก่อนหรือระหว่างที่หนังสือแสดงความจำนงนี้มีผลบังคับใช้ และให้ถือว่าข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติบัติดังกล่าวนั้นเป็นส่วนหนึ่งของหนังสือแสดงความจำนงนี้
7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มดำเนินการตามหนังสือแสดงความจำนงนี้ ตั้งแต่วันที่ ........เดือน.................... พ.ศ..............จนสิ้นสุดวันที่ ........เดือน....................พ.ศ..............

 กำหนดเวลาสิ้นสุดหนังสือแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ถ้าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิได้บอกเลิกหนังสือแสดงความจำนง ให้ถือว่าเวลาดำเนินงานตามหนังสือแสดงความจำนงนี้ขยายออกไปอีกทุกๆหนึ่งปีงบประมาณ เว้นแต่กรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นสมควรยกเลิกหนังสือแสดงความจำนงนี้ และให้หนังสือแสดงความจำนงนี้สิ้นสุดในวันสิ้นปีงบประมาณนั้น และเงินหรือทรัพย์สินที่เหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในส่วนของเงินตามข้อ ๕/๑ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๙ ให้ตกเป็นของหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ภายใต้การจัดสรรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

 ลงชื่อ............................................................................ ผู้บริหารสูงสุดเทศบาล/อบต.

 (...........................................................................)

 ตำแหน่ง...........................................................................

 วันที่.................เดือน.....................................พ.ศ................