

การบริหารจัดการค่าใช้จ่าย Long term care ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนา
และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
โรงแรมดิเอ็มเพิร์ส เชียงใหม่

นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน
ที่ปรึกษา สปสช.

1. สนับสนุนให้ **อปท.** เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของ **เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่**
2. คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต
3. พัฒนาและขยายระบบบริการ LTC โดยมี...
 - **ผู้จัดการ Care Manager** (พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์)
 - **อาสาสมัคร Care giver** ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ 1 : 5-10 คน
4. เน้นบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับ **จังหวัด (กองทุนฟื้นฟูฯ) และพื้นที่ (กองทุนอปท.)**

สรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย และค่าใช้จ่าย LTC ปี 59

รายการ	เป้าหมาย	ผลงาน
ผสอ.กลุ่มติดบ้านติดเตียง	100,000 ราย	80,826 คน (กลุ่มติดบ้าน = 64,660 คน คิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มติดเตียง = 16,166 คน คิดเป็นร้อยละ 20)
อพท.ในพื้นที่ดำเนินงาน LTC	1,000 แห่ง	1,752 แห่ง

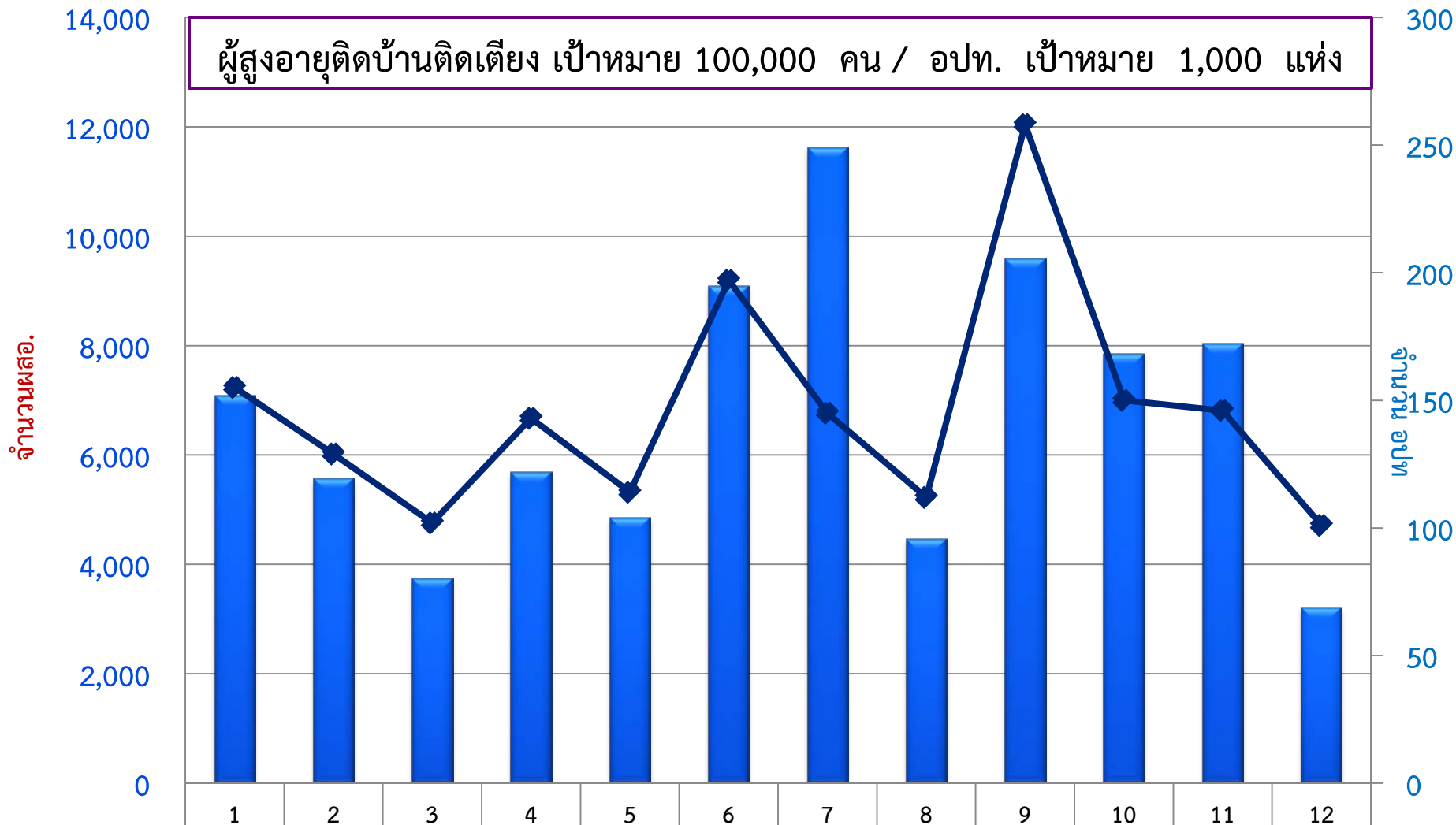
หน่วยบริการสังกัด สธ. ในพท.ดำเนินงาน LTC ปี 59 จำนวน 889 แห่ง



หมายเหตุ ในปี 59 กทม.ยังไม่พร้อมในการเข้าร่วมดำเนินการ โดยคาดว่าจะในปี 60 จึงจะร่วมดำเนินงาน

สรุปการใช้จ่ายงบประมาณ LTC ภายใต้วงเงิน 600 ล้านบาท

รายการ	วงเงิน	ยอดจัดสรร	เงินคงเหลือ
รพช. (แห่งละ 1 แสนบาท.)	100,000,000	88,900,000	11,100,000
อพท. (รวม กทม.)	500,000,000	404,130,000	95,870,000
รวม	600,000,000	493,130,000	106,970,000

กราฟแสดงจำนวนผสอ.กลุ่มติดบ้านติดเตียง และจำนวนอปท.ในพท. LTC ปี 59 จำแนกรายเขต



 ผสอ.(คน) รวม 80,826 คน	7,084	5,573	3,740	5,689	4,854	9,097	11,635	4,467	9,590	7,855	8,038	3,204
 อปท.(แห่ง) รวม 1,752 แห่ง	155	129	102	143	114	197	145	112	258	150	146	101

ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ปีงบประมาณ 2560

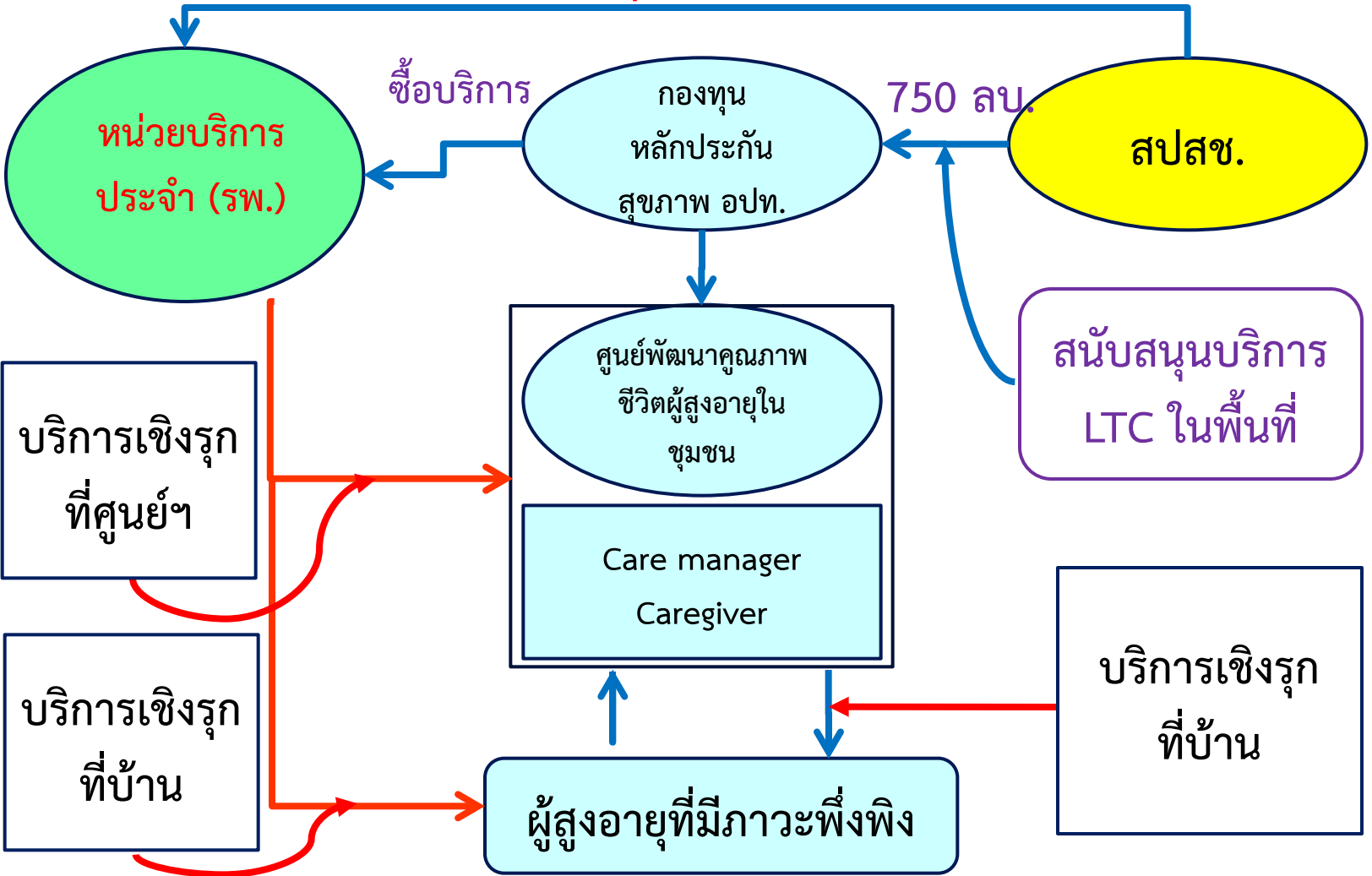


วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการสนับสนุนของหน่วยบริการประจำและเครือข่ายในพื้นที่

เป้าหมาย : ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สิทธิ UC ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน

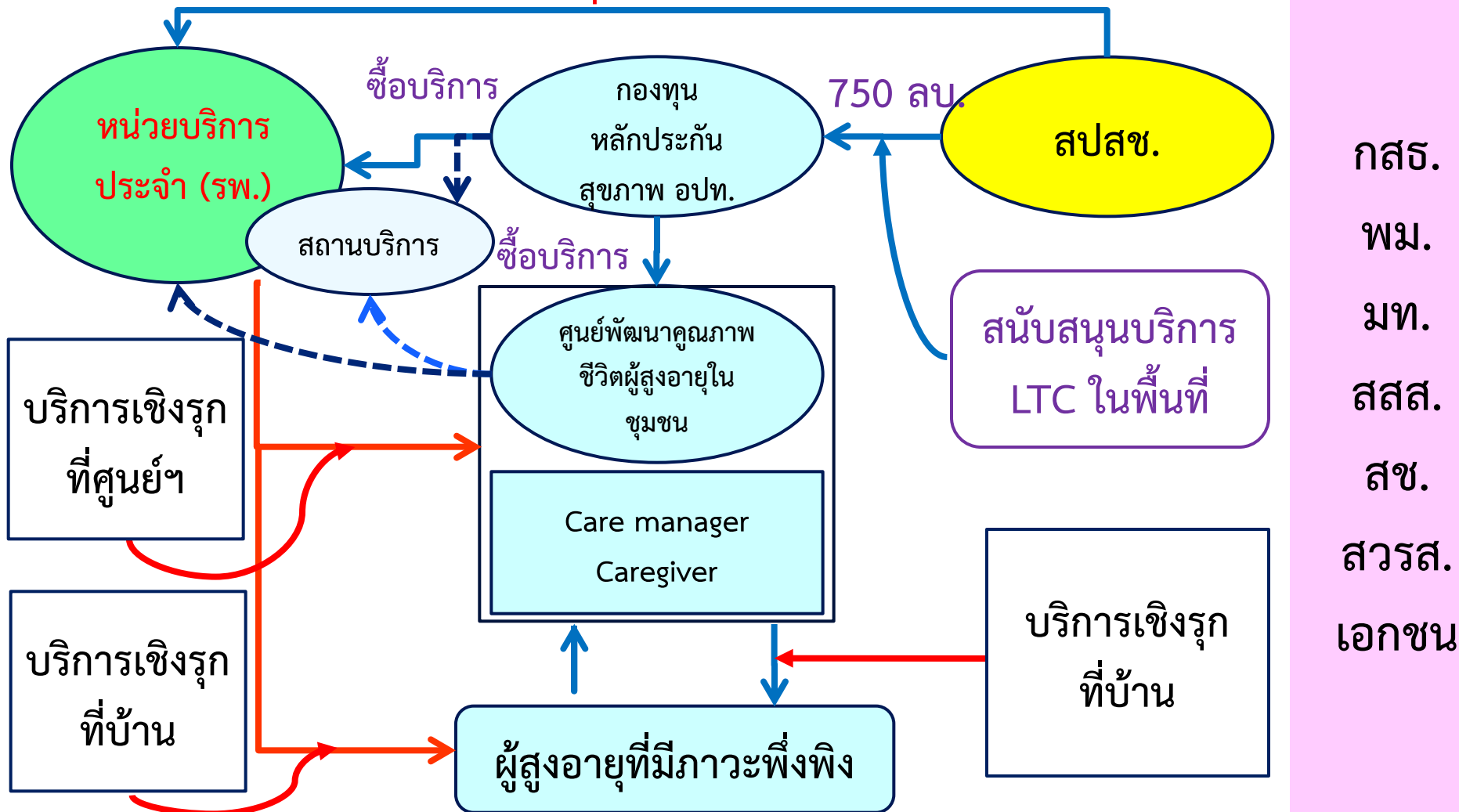
ค่าบริการฯผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ปี 59	ปี 60	เพิ่มขึ้น
วงเงินที่ได้รับ (ลบ.)	600	900	300
เป้าหมายผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (คน)	100,000	150,000	50,000

150 ลบ. (on top) บริการ LTC ในหน่วยบริการ



- กสธ.
- พม.
- มท.
- สสส.
- สช.
- สวรธ.
- เอกชน

150 ลบ. (on top) บริการ LTC ในหน่วยบริการ



- กสธ.
- พม.
- มท.
- สสส.
- สช.
- สวรส.
- เอกชน

สปสช.

อปท.

กองทุนฯท้องถิ่น

- อิงประกาศ/ระเบียบ สปสช.ที่เกี่ยวข้องกับกองทุน
- ประกาศ/ระเบียบคณะกก.กองทุนฯ
- อิงระเบียบ อปท./ มท.

เป็นแหล่งทุนสนับสนุน
ให้หน่วยงานตาม
๗(๑)-๗(๕)

หน่วยงานรัฐ
รับเป็นเงินรับ
ฝากใช้ระเบียบ
ต้นสังกัด

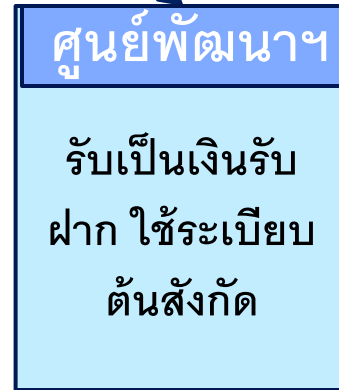
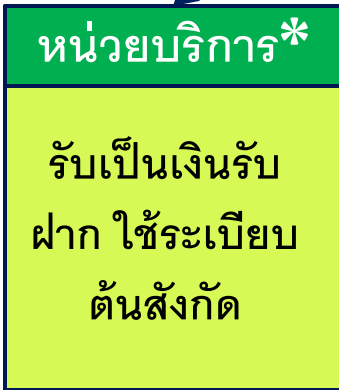
องค์กรเอกชน/
ชมรมใช้ตาม
ที่ตกลงกับ
กองทุนฯ

ตามวัตถุประสงค์และกิจกรรม

อปท.



- อิงประกาศ/ระเบียบ สปสช. ที่เกี่ยวกับ กองทุน/LTC
- ประกาศ/ระเบียบ คณะกก. กองทุนฯ
- อิงระเบียบ อปท./ มท.



*หน่วยบริการ สธ รับเข้าเงินบำรุง แยกประเภทเงินไม่แยกบัญชี

ดำเนินการตามวัตถุประสงค์และกิจกรรมที่ตกลงกับ กองทุน

สปสช.

-อิงประกาศ สปสช.
-ประกาศคณะกรรมการ
กองทุนฯ
-อิงระเบียบ มท.

กองทุนฯท้องถิ่น

เงิน LTC

อปท.

ศูนย์บริการ
สาธารณสุข/
รพ.เทศบาล

ศูนย์

เป็นเงินนอกงบประมาณ/
เงินรับฝาก ดำเนินการ
ตามที่ตกลงกับกองทุนฯ
อิงระเบียบ อปท./ มท.

เป็นเงินนอกงบประมาณ/
เงินรับฝาก ดำเนินการ
ตามที่ตกลงกับกองทุนฯ
อิงระเบียบ อปท./ มท.

สปสช.

กองทุนฯท้องถิ่น

เงิน LTC

กำกับ

อปท.

ศูนย์

- อิงประกาศ สปสช.
- ประกาศคณะกรรมการกองทุนฯ
- อิงระเบียบ อปท./ มท.

ดำเนินการที่ตกลงกับ
กองทุนฯ
ระเบียบศูนย์ตามที่ตกลงกับ อปท หรืออิง
ระเบียบ อปท./ มท.

บนพื้นฐานการมีส่วนร่วม โปร่งใส
ตรวจสอบได้ ประชาชนได้ประโยชน์



ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์
เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม



- ▶ ข้อ ๑๑(๒) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน.....
- ▶ ข้อ ๗/๑ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามข้อ ๕/๑ และข้อ ๕/๒ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาว.....ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหรือหน่วยบริการหรือสถานบริการ ที่จัดบริการ.....ที่คณะกรรมการตามข้อ ๘/๑ เห็นชอบ ทั้งนี้ กรณีที่ใช้จ่ายเงินกองทุนตามข้อ ๕/๑ และ ข้อ๕/๒ ให้คณะกรรมการรายงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบ

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง ให้จ่ายเป็นค่าตอบแทนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนดได้ และรวมถึงจ่ายเป็นค่าตอบแทนของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในอัตราที่แตกต่างกันได้ตามอัตราที่หน่วยงานที่จัดบริการกำหนดหรือตามที่คณะกรรมการตามข้อ ๘/๑ กำหนดหรือเห็นชอบ แต่ต้องไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด”

- ▶ ข้อ ๘/๑ ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะชุดหนึ่งชื่อ “คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”



คณะอนุ กก. LTC

- ▶ ผู้บริหารสูงสุดของ อปท หรือผู้บริหารที่ได้รับได้มอบหมาย ประธาน
- ▶ ผู้แทนกรรมการกองทุนฯ 2 คน
- ▶ ผอ.รพ.ของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน 1 คน
- ▶ สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน 1 คน
- ▶ หน.หน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ 1 คน
- ▶ ผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวฯ 1 คน
- ▶ ผู้ช่วยเหลือดูแล ผสอ.ฯ 1 คน
- ▶ ปลัด อปท หรือ จนท.อื่นที่ได้รับมอบหมาย เลขานุการ

หน้าที่ : พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราการชดเชยค่าบริการ รวมถึง
ค่าตอบแทน และเห็นชอบให้หน่วยงานที่จัดบริการเข้าร่วมจัดบริการ



แนวปฏิบัติสำหรับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคณะกรรมการ LTC

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและ
คนพิการ พ.ศ.2560



1. แนวปฏิบัติสำหรับอปท.และคณะกรรมการ LTC

ในการพิจารณาศูนย์ให้เข้าร่วมจัดบริการ และมีสิทธิรับค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาว

1) การตรวจสอบเอกสารคุณลักษณะศูนย์ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการ LTC เฉพาะศูนย์ที่จัดตั้งโดยหน่วยงานของรัฐ (ศูนย์ที่จัดตั้งโดยอปท ให้จัดทำหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ)

ลำดับที่	หลักเกณฑ์การพิจารณาคุณลักษณะศูนย์	เอกสารประกอบการพิจารณา
1.	จัดตั้งและกำกับ หรือดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ	คำสั่งการจัดตั้งศูนย์ ซึ่งอาจเป็นฉบับเดียวกับคำสั่งแต่งตั้ง
2.	บริหารจัดการโดยคณะกรรมการซึ่งอาจบริหารเป็นอิสระจากหน่วยงานที่จัดตั้งหรือดำเนินการก็ได้ ทั้งนี้ ให้คณะกรรมการมีองค์ประกอบจากภาคส่วนต่างๆ ในท้องถิ่นหรือพื้นที่	คณะกรรมการศูนย์ (เอกสารหมายเลข 1)

ตราครุฑ/โลโก้หน่วยงาน/ โลโก้ศูนย์

ตัวอย่าง

คำสั่ง (ระบุชื่อ อปท. หรือหน่วยงานของรัฐ ที่จัดตั้งศูนย์).....

ที่...../๒๕๖๑.....

เรื่อง "การจัดตั้งศูนย์".....(ระบุชื่อศูนย์).....

.....

เอกสารหมายเลข 1

ตามที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงมีนโยบายที่สำคัญคือการศึกษาดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เทศบาล/อบต./หน่วยงานของรัฐ..... อำเภอ..... จังหวัด..... จึงได้จัดตั้ง..... (ระบุชื่อศูนย์)..... โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพของผู้สูงอายุและคนพิการให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข รวมไปถึงการจัดบริการเพื่อดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีความพึ่งพิง เพื่อให้ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์

เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์ (ระบุชื่อศูนย์).....เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์ เทศบาล/อบต./หน่วยงานของรัฐ..... จึงแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง
.....
.....
.....
.....

(องค์ประกอบคณะกรรมการศูนย์ควรมาจากภาคส่วนต่างๆ ในท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งได้ยกตัวอย่างไว้เพื่อความประสงค์ฯ ทั้งนี้จำนวนองค์ประกอบให้เป็นการจัดสรรเพื่อความเหมาะสมของแหล่งพื้นที่และจำนวนกรณีพิเศษ)

อำนาจหน้าที่ มีดังนี้

๑. บริหารจัดการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงของศูนย์
๒. สนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติงานของ CM และ CG
๓. จัดทำรายงานผลการดำเนินงานและการเงินส่งมอบหน่วยงานที่กำกับ

๔.

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....เป็นต้นไป

ตั้ง ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....|

ลงชื่อ.....

(.....) ตำแหน่ง..... ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน.....

ลำดับ ที่	หลักเกณฑ์การ พิจารณา คุณลักษณะศูนย์	เอกสารประกอบการ พิจารณา
3	มีที่ทำการหรือ สถานที่ติดต่อ เพื่ออำนวยความสะดวก ในการ ติดต่อ ประสานงาน	1. ภาพถ่ายแสดงที่ทำการหรือสถานที่ติดต่อพร้อมป้ายแสดงชื่อศูนย์ 2. หนังสือรับรองจากผู้มีอำนาจหรือเจ้าของสถานที่อนุญาตให้ใช้สถานที่เป็นที่ทำการศูนย์ 3. แผนที่แสดงที่ทำการศูนย์ (เอกสารหมายเลข 2)

ตัวอย่าง

ที่ทำการ หรือสถานที่ติดต่อเพื่ออำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงาน

ระบุชื่อศูนย์.....ตั้งอยู่ในพื้นที่เขต อบต./เทศบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เวลาทำการ.....หมายเลขโทรศัพท์.....

๑. แสดงภาพถ่ายที่ทำการ หรือ สถานที่ทำการหรือสถานที่ติดต่อพร้อมป้ายแสดงชื่อศูนย์

๒. หนังสือรับรองจากผู้มีอำนาจหรือเจ้าของ ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่เป็นที่ทำการศูนย์

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้มีอำนาจหรือเจ้าของสถานที่ทำการศูนย์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. แสดงแผนที่ทำการศูนย์

ลำดับ ที่	หลักเกณฑ์การพิจารณาคุณลักษณะศูนย์	เอกสารประกอบการพิจารณา
--------------	-----------------------------------	------------------------

4. มี CM หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล มาช่วยปฏิบัติงานเป็นผู้จัดการระบบตามความเหมาะสม

1. เอกสารทะเบียนรายชื่อ CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท.ที่มีความรู้ในการจัดทำ CP มาช่วยปฏิบัติงาน
2. สำเนาใบประกาศ/หลักฐานแสดงการผ่านการอบรมหรือมีความรู้ในการจัดทำ CP ของ CM หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. (โดยลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) (เอกสารหมายเลข 3)

5. มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการให้บริการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล

1. เอกสารทะเบียนรายชื่อ CG
2. สำเนาใบประกาศ/หลักฐานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (โดยลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง) (เอกสารหมายเลข 4)

ตัวอย่าง

ทะเบียนรายชื่อ CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท.ที่มาช่วยปฏิบัติงาน ศูนย์(ระบุชื่อศูนย์.....) เทศบาล/อบต.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตัวอย่าง

ทะเบียนรายชื่อ CG

ศูนย์ (ระบุชื่อศูนย์).....(เทศบาล/อบต).....อำเภอ.....จังหวัด.....

เอกสารหมายเลข 4

ลำดับ ที่	ชื่อ- สกุล	หน่วยงานต้นสังกัด
เอกสารหมายเลข 3		

ลำดับที่	ชื่อ- สกุล

หมายเหตุ แบบสำเนาใบประกาศ / หลักฐานแสดงการผ่านการอบรมของCM หรือ สำเนาใบประกาศ/หลักฐานที่แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท.มีความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (โดยลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

หมายเหตุ แบบสำเนาใบประกาศ / หลักฐานที่ผ่านการอบรม CG โดยลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของศูนย์(ระบุชื่อศูนย์.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของศูนย์(ระบุชื่อศูนย์.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ทั้งนี้ สามารถรับเอกสารให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ทั้งนี้ สามารถปรับเอกสารให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ส่วนที่ ๑ แบบฟอร์มข้อเสนอคุณลักษณะของศูนย์ที่จัดตั้งหรือดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ เพื่อพิจารณาให้เข้าร่วมจัดบริการ และมีสิทธิขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาว

(สำหรับหน่วยงานของรัฐที่เป็นผู้จัดตั้งศูนย์ หรือศูนย์)

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ด้วย (ระบุชื่อศูนย์).....ตั้งอยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ในเขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล).....อำเภอ.....จังหวัด..... มีความประสงค์จะจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยได้จัดทำเอกสารแสดงคุณลักษณะของศูนย์เพื่อพิจารณา รายละเอียดตามเอกสารแนบดังนี้ (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง)

- ๑. เอกสารแสดงการจัดตั้งหรือดำเนินการ
- ๒. เอกสารแสดงการบริหารจัดการโดยคณะกรรมการ
- ๓. เอกสารที่ทำการหรือสถานที่ติดต่อ
 - ๓.๑ ภาพถ่ายแสดงที่ทำการหรือสถานที่ติดต่อพร้อมป้ายแสดงชื่อศูนย์
 - ๓.๒ หนังสือรับรองจากผู้มีอำนาจหรือเจ้าของ ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่เป็นที่ทำการศูนย์
 - ๓.๓ แผนที่แสดงที่ทำการศูนย์
- ๔. เอกสารแสดงการมี CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. ที่มาช่วยปฏิบัติงานที่ศูนย์
 - ๔.๑ ทะเบียนรายชื่อ CM หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. ที่มาช่วยปฏิบัติงานที่ศูนย์
 - ๔.๒ สำเนาใบประกาศ / หลักฐานแสดงการผ่านการอบรมของ CM หรือ สำเนาใบประกาศ/หลักฐานที่แสดงว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือ อปท. มีความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล
- ๕. เอกสารแสดงการมี CG ในการให้บริการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล
 - ๕.๑ ทะเบียนรายชื่อ CG
 - ๕.๒ สำเนาใบประกาศ / หลักฐานที่ผ่านการอบรม CG

ลงชื่อ
(.....)
ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของศูนย์..
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ แบบรายงานผลการพิจารณาคุณลักษณะของศูนย์ที่จัดตั้ง หรือดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ เพื่อให้เข้าร่วมจัดบริการ และมีสิทธิขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาว

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งที่ / พ.ศ.....เมื่อวันที่ ได้พิจารณาคุณลักษณะของ (ระบุชื่อศูนย์.....) เขตพื้นที่อบต./เทศบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การสนับสนุนและส่งเสริมศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้

เห็นชอบ คุณลักษณะศูนย์ (ชื่อศูนย์.....) เพื่อให้เข้าร่วมจัดบริการดูแลระยะยาว และมีสิทธิรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวตามข้อ ๗/๑ ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

เงื่อนไขเพิ่มเติม กรณีศูนย์มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดคุณลักษณะที่นอกเหนือจากที่แสดงครั้งนี้ ให้ศูนย์แสดงเอกสารต่อคณะกรรมการ LTC เพื่อพิจารณาต่อไป

ไม่เห็นชอบ เนื่องจาก.....

.....
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)
.....
ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
อบต./เทศบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

2) ขั้นตอนการพิจารณา

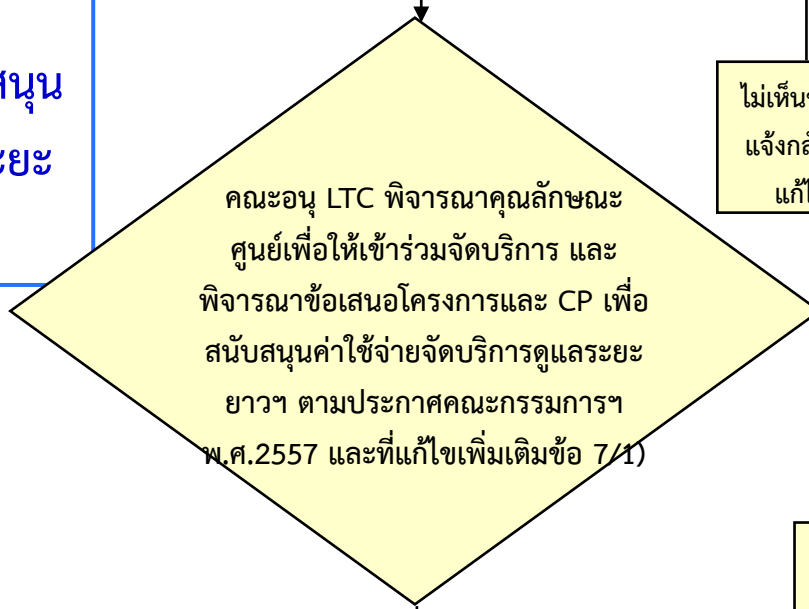
คุณลักษณะศูนย์และข้อเสนอ CP ของคณะกรรมการ LTC เพื่อเห็นชอบให้ศูนย์เข้าร่วมจัดบริการ และได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวๆ

ขั้นตอนดำเนินงาน

อปท.รวบรวมเอกสาร/หลักฐานคุณลักษณะศูนย์ และ ข้อเสนอโครงการบริการฯและสรุปแผนการดูแลรายบุคคล พร้อมค่าบริการเหมาจ่ายต่อราย ต่อปี ของศูนย์ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการ LTC

ตัวอย่างเอกสาร

- เอกสารข้อเสนอคุณลักษณะของศูนย์และข้อเสนอ CP (เอกสารหมายเลข 1 - 6)



คณะกรรมการ LTC พิจารณาคุณลักษณะศูนย์เพื่อให้เข้าร่วมจัดบริการ และพิจารณาข้อเสนอโครงการและ CP เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายจัดบริการดูแลระยะยาวๆ ตามประกาศคณะกรรมการฯ พ.ศ.2557 และที่แก้ไขเพิ่มเติมข้อ 7/1

ไม่เห็นชอบ/
แจ้งกลับให้
แก้ไข

เห็นชอบ

1. เห็นชอบให้ศูนย์ที่จัดตั้งหรือดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐเข้าร่วมจัดบริการ

2. เห็นชอบ Care Plan

แจ้งคณะกรรมการกองทุนฯ ท้องถิ่นทราบและพิจารณาอนุมัติให้เบิกจ่ายตามประกาศคณะกรรมการฯ พ.ศ.2557 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

- เอกสารหมายเลข 10

อปท.จัดทำข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวๆกับศูนย์และสนับสนุนค่าบริการ LTC หรืองบกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ตาม CP ที่คณะกรรมการ LTC เห็นชอบ



ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อบต. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

เอกสารหมายเลข 7

เอกสารหมายเลข 8

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีง ครั้งที่ ... /... เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ได้พิจารณาข้อเสนอของ (ระบุชื่อหน่วยงาน/ส่วนบริการ/ศูนย์พัฒนาครอบครัว) เขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล) อำเภอ จังหวัด ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีงและค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยที่ประชุมมีมติดังนี้

เห็นชอบ โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีงของ (ระบุชื่อหน่วยงาน/ส่วนบริการ/ศูนย์พัฒนาครอบครัว) จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน บาท (.....บาทถ้วน) โดยเป็นเงินจากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีง จำนวน บาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ “ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)... จำนวนบาท (กรณีบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มที่ ๑		กลุ่มที่ ๒		กลุ่มที่ ๓		กลุ่มที่ ๔		รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต			
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)

ไม่เห็นชอบ
เนื่องจาก.....
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการเห็นชอบ).....

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานอนุกรรมการ
คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีง
(อบต./เทศบาล) อำเภอ จังหวัด
วัน เดือน พ.ศ.

ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ
ของคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่ออนุมัติการเบิกจ่าย

(สำหรับเจ้าหน้าที่ อบต. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

ตามมติการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีง ครั้งที่ /... เมื่อวันที่ ได้เห็นชอบโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีง และค่าบริการเหมาจ่าย/คน/ปีตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ และเห็นชอบให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีงของ (ระบุชื่อ หน่วยงานบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาครอบครัว) เขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล) อำเภอ จังหวัด จำนวน คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน บาท (.....บาทถ้วน) ดังนี้

การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ครั้งที่ /... เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. มีมติรับทราบ และอนุมัติให้เบิกจ่ายเงินจำนวน..... บาท (.....บาทถ้วน) จากบัญชีเงินฝาก ดังนี้

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทั้งทีง จำนวนบาท

บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)...หรือ “ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)... จำนวนบาท (กรณีบริการดูแลระยะยาวฯ เหมาจ่าย ๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี ไม่เพียงพอ)

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานกรรมการ
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
(อบต./เทศบาล).....อำเภอ.....จังหวัด.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อตกลงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ระหว่าง

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..... กับ (หน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ...)

ข้อตกลงเลขที่...../๒๕.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ ตั้งอยู่ที่..... เมื่อวันที่

.....เดือน.....พ.ศ.....ระหว่าง องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..... โดย.....

(ชื่อ-สกุล ของผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)...ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า "องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น"

ฝ่ายหนึ่ง กับ (หน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ)..... โดย.....

(ชื่อ-สกุล ของผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ).....ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า "ผู้จัด

บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข" อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ การดำเนินงาน

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามจุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

ข้อ ๒ เอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงต่อไปนี้ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

๒.๑ ผนวก ๑ สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการเหมาจ่าย เพื่อเสนอต่อคณะ

อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จากรณสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวฯ จำนวน..... หน้า

๒.๒ ผนวก ๒ หลักเกณฑ์/วิธีการ/เงื่อนไข การจ่ายเงินสนับสนุน จำนวน.....หน้า

๒.๓ ผนวก จำนวนหน้า

ข้อความใดในเอกสารภาคผนวกแนบท้ายข้อตกลงที่ขัดหรือแย้งกับข้อความในข้อตกลงนี้ ให้ใช้ข้อความในข้อตกลงนี้บังคับและในกรณีที่เอกสารแนบท้ายข้อตกลงขัดหรือแย้งกันเองหรือมีใ้กล่าวไว้ ผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขจะต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้นไม่เกิน.....บาท (.....บาทถ้วน) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่น ๆ และค่าใช้จ่ายที่ส่งไว้ด้วยแล้ว รายละเอียดตามเงื่อนไขการจ่ายเงินสนับสนุน ในข้อ ๒.๒ ผนวก ๒ แนบท้ายข้อตกลงนี้

ข้อ ๔ กรณีผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิเรียกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยินยอมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
(.....)

ลงชื่อผู้จัดบริการดูแลระยะยาว
(.....) ด้านสาธารณสุข

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

เอกสารหมายเลข 10

3) การกำกับติดตามและประเมินผล

การลงเยี่ยมบ้าน

คณะอนุกรรมการ LTC และหรือคณะกรรมการกองทุนฯท้องถิ่น อาจพิจารณาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละราย เพื่อสอบถาม ผู้สูงอายุและครอบครัว หรือสังเกตการปฏิบัติงานของ CG ตามที่เห็นสมควร รายงานผลการดำเนินงานและการเงิน

คณะกรรมการกองทุนฯท้องถิ่น อาจกำหนดให้ศูนย์ส่งรายงานและหรือรายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯท้องถิ่นและคณะอนุกรรมการ LTC ตามความเหมาะสม ทั้งนี้การรายงานผลการดำเนินงานและการเงิน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขที่กำหนดตามข้อตกลงการจัดระบบบริการ ดูแลระยะยาวระหว่าง อปท.กับ ศูนย์ (เอกสารหมายเลข 20,21)

เอกสารหมายเลข 21

สรุปรายรับ - รายจ่าย (รายปี)

งบเพื่อการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์(ระบุชื่อศูนย์).....อบต./เทศบาล.....อำเภอ.....จังหวัด..... (ตั้งแต่เดือน.....ถึง เดือน..... พ.ศ.....)

ลำดับที่	เดือน	รายรับ (บาท)	รายจ่าย (บาท)	เงินคงเหลือ(บาท)
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				
๑๑				
๑๒				
รวม				

การประเมินผล

คณะกรรมการกองทุนฯท้องถิ่น ประเมินผลจากรายงานที่ศูนย์สรุปผล จากการสังเกต/สอบถามจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว หรือประสานหน่วยงานวิชาการภายนอก เข้าประเมินผลตามความจำเป็น

เอกสารหมายเลข 20

ตัวอย่าง

รายงานผลการให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์ (ชื่อศูนย์.....) ระบุชื่อเทศบาล/อบต.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ลำดับที่	ผู้สูงอายุ ชื่อ-สกุล	บ้านเลขที่	CG เยี่ยม (ครั้ง)	CM เยี่ยม (ครั้ง)	ทีมสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยม (ครั้ง)	รวมทั้งหมด (ครั้ง)

ประเมินผลการให้บริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน(คน)		จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง(คน)		รวม (คน)
	กลุ่ม ๑	กลุ่ม ๒	กลุ่ม ๓	กลุ่ม ๔	
ก่อนได้รับการบริการ					
หลังได้รับการบริการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)					
*กรณีย้ายออกจากพื้นที่/เสียชีวิต/สูญหายระหว่างการดูแล					

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่งผู้บริหารสูงสุดของศูนย์(ระบุชื่อศูนย์.....)
วันที่.....เดือน.....ปี.....

เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหาร
จัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗
ลงวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

เรื่อง หลักเกณฑ์ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชีและรายงาน

ส่วนที่ ๑

การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชีและรายงาน
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑. การรับเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑.๑ บรรดาเงินรายรับเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพให้นำส่งเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ หรือบัญชีระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เปิดบัญชี โดยแยกเป็นบัญชีเฉพาะกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพ (.....ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) หรือ “ระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพ (.....ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....) อำเภอ.....จังหวัด.....” แยกจากบัญชีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยทั่วไป ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากซึ่ง

.....” แยกจากบัญชีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยทั่วไป ทั้งนี้ บัญชีเงินฝากซึ่งคณะกรรมการกองทุนได้เปิดไว้แล้วก่อนประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นบัญชีเงินฝากตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

๑.๒ การรับเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพให้รับเป็น เงินสด เช็ค ตัวแลกเงิน หรือ ธนาณัติก็ได้ และ ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนามของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด ให้แก่ผู้ชำระเงินทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินที่ได้รับการจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยให้ใช้หลักฐานการโอนเงินผ่านทางธนาคารเป็นหลักฐานอ้างอิงในการบันทึกบัญชีรายรับ

๑.๓ เงินสดที่กองทุนหลักประกันสุขภาพได้รับไว้ให้นำฝากเข้าบัญชีตาม ๑.๑ ภายในวันที่ได้รับเงิน หากไม่สามารถนำเงินดังกล่าวฝากเข้าบัญชีได้ทัน ให้พนักงานส่วนท้องถิ่นที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมาย นำเงินสดจำนวนดังกล่าวเก็บรวมไว้ในซองหรือหีบห่อ ระบุเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวนเงิน ปิดผนึก ลงลายมือชื่อผู้รับผิดชอบ และนำฝากไว้ที่ตู้নিরภัยหรือสถานที่เก็บรักษาเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แล้วให้นำฝากเข้าบัญชีในวันทำการถัดไป

๑.๔ การสมทบเงินจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ ให้ดำเนินการโดยเร็วเมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็น ให้สมทบได้ไม่เกินปีงบประมาณที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเงินสนับสนุน

๒. การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๒.๑ ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสั่งจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ทั้งนี้ภายใต้แผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ

๒.๒ วิธีการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้จ่ายได้ ดังนี้

(๑) จ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมหรือตั๋วแลกเงินหรือธนาณัติ

(๒) จ่ายทางธนาคารหรือทางอื่นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

(๓) กรณีที่มีความจำเป็นต้องจ่ายเป็นเงินสด ให้จ่ายได้ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาท) โดยให้พนักงานส่วนท้องถิ่นที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายเป็นผู้ทำการเบิกจ่าย หรือออกเช็คสั่งจ่ายในนามของพนักงานส่วนท้องถิ่นที่ได้รับมอบหมาย โดยขีดฆ่าคำว่า “หรือตามคำสั่ง” “หรือผู้ถือ” ออก และจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินในวันเดียวกัน หรือภายในวันทำการถัดไป

๒.๓ ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คนใดคนหนึ่ง ลงนามร่วมกับพนักงานส่วนท้องถิ่น คนใดคนหนึ่ง ที่ผู้บริหารสูงสุดมอบหมายไว้จำนวน ๒ คน รวมเป็นผู้ลงนาม ๒ คน เป็นผู้เบิกเงินจากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน

๒.๔ การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่น ให้หัวหน้าของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่นนั้นเป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทน ก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

๒.๔ การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่น ให้หัวหน้าของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือ หน่วยงานอื่นนั้นเป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทน ก็ให้กระทำได้ ทั้งนี้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

๒.๕ การจ่ายให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นกลุ่มหรือองค์กรประชาชน ให้ผู้แทนที่ได้รับมอบหมายจากกลุ่มหรือองค์กรประชาชน ไม่น้อยกว่า ๒ คนขึ้นไปเป็นผู้รับเงิน

๒.๖ การจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน ใบสำคัญรับเงินตามแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด หรือ หลักฐานการนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงินหรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด เพื่อเก็บไว้ให้ตรวจสอบ

๓. การจัดทำบัญชีและรายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๓.๑ การบันทึกบัญชี ให้บันทึกตามระบบบัญชีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ให้แยกระบบบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพออกจากระบบบัญชีปกติเป็นอีกชุดหนึ่งต่างหาก

๓.๒ รอบระยะเวลาบัญชี ให้ถือตามปีงบประมาณและ การเริ่มระบบบัญชีให้เริ่ม ณ วันที่ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือได้รับเงินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่าย และเงินคงเหลือประจำเดือน ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศ หรือระบบอื่น และจัดส่งสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ทุกไตรมาส โดยให้จัดส่งภายใน ๓๐ วันนับจากวันสิ้นไตรมาส ตามรูปแบบที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

และทุกสิ้นปีงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขต ส่งมาส่งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด และสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินจังหวัด ภายในเดือนธันวาคมของทุกปี

ส่วนที่ ๒

การกำกับดูแลให้หน่วยงานหรือกลุ่มหรือองค์กร

ที่ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในการเก็บรักษาและใช้จ่ายเงินตามวัตถุประสงค์

๔. กรณีหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นของรัฐ ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เก็บรักษาและใช้จ่ายเงินได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ดังนี้

๔.๑ ถ้าจำนวนเงินตามแผนงานโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ

๔. กรณีหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นของรัฐ ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เก็บรักษาและใช้จ่ายเงินได้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ ดังนี้

๔.๑ ถ้าจำนวนเงินตามแผนงานโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติเป็นเงินเกินกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาท) ให้เปิดบัญชีเงินฝากเป็นการเฉพาะแยกออกจากบัญชีทั่วไป หรือใช้บัญชีทั่วไปของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ในนามของหน่วยงานนั้นๆ

๔.๒ ให้หัวหน้าหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ เป็นผู้อนุมัติเบิกจ่ายเงินในบัญชีตามรายการค่าใช้จ่ายและอัตราที่กำหนดไว้ในแผนงานโครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ทั้งนี้ ต้องไม่เกินกว่าอัตราที่กำหนดตามข้อ ๖

๔.๓ กรณีที่มีการจัดซื้อจัดจ้าง ตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่มีวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) ให้กระทำโดยวิธีการตกลงราคาโดยอนุโลม โดยถือราคากลางของทางราชการ เว้นแต่ กรณีมีความจำเป็นให้ใช้ราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง

๔.๔ กรณีที่มีการจัดซื้อจัดจ้างที่มีวงเงินเกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ โดยอนุโลม

๔.๕ หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ เก็บหลักฐานการจ่ายเงินจากบัญชีไว้ เพื่อการตรวจสอบ

๔.๖ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้คณะกรรมการกองทุน รับทราบ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๕. กรณีกลุ่มหรือองค์กรประชาชน ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้ใช้จ่ายเงินตามรายการค่าใช้จ่ายและอัตราที่กำหนดไว้ใน แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน แต่สำหรับรายการค่าใช้จ่ายดังต่อไปนี้ ให้อยู่ภายใต้กรอบอัตราและเงื่อนไขการดำเนินการ ดังนี้

๕.๑ ค่าตอบแทน คณะทำงานหรือบุคคลภายนอก ที่ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน ทั้งนี้ไม่เกินอัตราที่กำหนดในข้อ ๖

๕.๒ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เช่น เบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ ค่าที่พัก ให้เบิกจ่ายในอัตราตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยอนุโลม และบุคคลที่ได้รับค่าตอบแทนตาม ๕.๑ ไม่มีสิทธิได้รับค่าเบี่ยงตาม ๕.๒

๕.๓ การจัดซื้อจัดจ้างตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการหรือราคาตลาดโดยทั่วไปในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง

๕.๔ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการใช้จ่ายเงินตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ

๕.๔ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ให้จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการ
จ่ายเงินตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ
เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนรับทราบ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เก็บไว้เพื่อการ
ตรวจสอบ

กรณีแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่มีการจัดหาวัสดุที่มีลักษณะคล้ายครุภัณฑ์ ที่มี
วงเงินไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาท) ให้แนบเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินไว้กับ
รายงานการจ่ายเงิสดังกล่าวด้วย

กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนหลักประกัน
สุขภาพ

ส่วนที่ ๓

หลักเกณฑ์การกำหนดค่าตอบแทนกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน หรือผู้ดำเนินงาน

- ๖. อัตราค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าตอบแทนของกรรมการ อนุกรรมการ และคณะทำงาน
 - ๖.๑ ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับกรรมการหรือที่ปรึกษา ไม่เกินครั้งละ ๔๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๘๐๐ บาท ค่าตอบแทนในการประชุมสำหรับอนุกรรมการ ไม่เกินครั้งละ ๓๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๖๐๐ บาท และสำหรับคณะทำงาน ครั้งละไม่เกิน ๒๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๔๐๐ บาท

/๖.๒ ค่าใช้จ่าย...



๖.๒ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ได้แก่ ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าพาหนะเดินทาง สำหรับกรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการหรือคณะทำงาน และเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐ รวมทั้งพนักงานจ้างเหมา(ชั่วคราว)ของกองทุน ให้เบิกจ่ายได้ในอัตราไม่เกินระเบียบของทางราชการโดยอนุโลม

๖.๓ วงเงินค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนตาม ๖.๑ และ ๖.๒ เมื่อรวมกับค่าใช้จ่ายอื่นเพื่อการบริหารหรือพัฒนางานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณนั้น

๗. อัตราค่าตอบแทนผู้ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน

๗.๑ ค่าตอบแทนสำหรับประชาชนหรือบุคคลที่ปฏิบัติงานตามแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม หากเป็นการปฏิบัติงานที่มีความจำเป็นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ให้จ่ายได้ไม่เกินกว่าที่กำหนดในแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน นั้น

เลขที่.....

(โลโก้)

ใบเสร็จรับเงิน

วันที่ เดือน พ.ศ.

กองทุนหลักประกันสุขภาพ เลขที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้รับเงินจาก ที่อยู่

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน

จำนวนเงิน บาท

(ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

(.....)



เลขที่.....

(โลโก้)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้รับเงินจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....ที่อยู่.....

ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน

จำนวนเงินบาท
(ตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)



การดำเนินงานดูแลระยะยาวฯในอปท.ที่ไม่ใช้พื้นที่เป้าหมาย

กรณี อปท.ที่ไม่ใช้พื้นที่เป้าหมายหรือมิได้แสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินการต่อมาสนใจ อยากดำเนินงานบริการ ก็ดำเนินการได้ ตามประกาศคณะกรรมการหลักฯ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ภายใต้วัตถุประสงค์ของข้อ 7(1) หรือข้อ 7(3) แล้วแต่กรณี เพื่อเป็นค่าบริการ LTC โดยประยุกต์ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ และอัตราการชดเชยฯในประกาศฯ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ(ฉบับที่2) พ.ศ.2559 เพียงแต่อปท.จะไม่ได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนที่เป็นค่าบริการ LTC

การจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงปี 2560



การจัดสรรประชากรผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงปีงบประมาณ 60 จำแนกรายเขตและจังหวัด
ตามสัดส่วนประชากร 60 ปีขึ้นไปสิทธิ์ UC (ภายใต้วงเงิน 725,000,000 บ.)

เขต	จังหวัด	ผสอ.สิทธิ์UC	สัดส่วนปกก.ผสอ.สิทธิ์UC	จำนวน ผสอ.ติดบ้าน ติดเตียงที่จัดสรรปี 60	ข้อมูลประกอบ: จำนวนผสอ.ติดบ้านติดเตียงปี 59 (phase1+2)	
เขต 1 เชียงใหม่ Total		797,523	10.88	15,772	7,084	7,084
เขต 2 พิษณุโลก Total		476,288	6.50	9,419	5,672	5,573
เขต 3 นครสวรรค์ Total		457,447	6.24	9,047	3,740	3,740
เขต 4 สระบุรี Total		583,192	7.95	11,534	5,740	5,689
เขต 5 ราชบุรี Total		644,675	8.79	12,750	4,805	4,854
เขต 6 ระยอง Total		644,494	8.79	12,746	9,041	9,097
เขต 7 ขอนแก่น Total		642,425	8.76	12,705	12,116	11,635
เขต 8 อุดรธานี Total		648,276	8.84	12,821	3,881	4,467
เขต 9 นครราชสีมา Total		886,219	12.09	17,527	8,229	9,590
เขต 10 อุบลราชธานี Total		558,902	7.62	11,053	9,630	7,855
เขต 11 สุราษฎร์ธานี Total		485,913	6.63	9,610	8,052	8,038
เขต 12 สงขลา Total		506,496	6.91	10,017	3,212	3,204
Grand(1-12) Total		7,331,850	100	145,000	81,202	80,826
เขต 13 กทม. Total				5,000	2,500(ปี59ไม่ได้ดำเนินการ)	
Grand(1-13) Total				150,000		
ประชากร ณ 1 ก.ค.59						

หมายเหตุ ในปี 59 เขตกทม. ไม่ได้ดำเนินการ LTC จะดำเนินการในปี 60



We go together
ขอบคุณครับ

