**ตัวอย่างโครงการ**

**โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย LTC จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

**องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล................**

**..................................**

**1. ชื่อโครงการ** โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ของศูนย์..........................................................ตำบล.................... องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.................... อำเภอ.............. จังหวัด....................ปี ๒๕.....

**2. หลักการและเหตุผล**

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ กล่าวคือ มีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๕ ของประชากรทั้งประเทศเมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ที่ผ่านมา คาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐ ใน พ.ศ.๒๕๖๔ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) จาการสำรวจของกรมอนามัย (๒๕๕๖) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญเป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ ๑๓ ในกลุ่มเดียวกัน รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง โดยใช้ท้องถิ่นและชุมชนเป็นฐานในการจัดการดูแล ซึ่ง สปสช ได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล......

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล...... มีประชากรทั้งหมด.........คน พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน .....คน คิดเป็นร้อยละ....ของประชากร จากการตรวจประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอลโดยหน่วยบริการ............... พบผู้สูงอายุที่มีคะแนนเอดีแอลเท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน (ติดบ้าน ติดเตียง) จำนวน.........คน เป็นกลุ่มที่ ๑ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน) จำนวน...คน กลุ่มที่ ๒ (เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย) จำนวน...คน กลุ่มที่ ๓(เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง) จำนวน...คน และกลุ่มที่ ๔ (เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต) จำนวน...คน ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม โดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ ๓ และ ๔) ถึงแม้จะมีคนในครอบครัวดูแล แต่ก็เป็นภาระของผู้ดูแลไม่น้อย

ศูนย์พัฒนา.....................องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล...............ร่วมมือกับหน่วยบริการ.................ในการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงได้จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ไปบริการดูแลด้านสาธารณสุขที่ครัวเรือน/ชุมชน

**3. วัตถุประสงค์ของโครงการ**

3.1 เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล............ ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขตามแผนการดูแลรายบุคคล (CP) โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ณ ที่ครัวเรือน

**4. เป้าหมายของโครงการ**

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ กลุ่ม จำนวน.......คน

**4.1 กลุ่มที่** ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน

จำนวน.....คน

**4.2 กลุ่มที่** ๒ เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย

จำนวน.....คน

**4.3 กลุ่มที่** ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

จำนวน......คน

**4.4 กลุ่มที่** ๔ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน..... คน

**5. วิธีดำเนินการ**

5.1 ขั้นเตรียมการ

1) สำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล............ และประเมินการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมิน เอดีแอล เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 โดยจำแนกเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุข จัดเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ที่ศูนย์ฯ และส่งเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ให้องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล............ เพื่อดำเนินการต่อไป

2) CM จัดทำ CP และปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (care conference) เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ

3) ศูนย์จัดทำโครงการและข้อเสนอโครงการพร้อมสรุปแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวฯต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล............

5.2 ขั้นดำเนินงาน

4) ศูนย์โดย CM จัดแบ่งผู้สูงอายุให้ CG แต่ละคนรับผิดชอบดูแล พร้อมจัดทำ CP รายสัปดาห์ และตารางการปฏิบิติงานมอบหมายให้ CG ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ CG 1 คนดูแลผู้สูงอายุไม่เกิน 6 คนต่อวัน CG ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการสภาพแวดล้อม/บ้าน ตาม CP

5) ศูนย์โดย CM (และกรรมการศูนย์) กำกับ ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินงานของ CG ทุกสัปดาห์

6) CM ประเมินและทบทวน CP ร่วมกับ CG ญาติ และอาจปรึกษาปัญหารายกรณีกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

7) ศูนย์โดย CM ประสานกับหน่วยบริการจัดบุคลากรสาธารณสุข (ทีมหมอครอบครัว) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านการพยาบาล ด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านเภสัชกรรมและด้านอื่นๆตามความจำเป็น อาทิ สุขภาพช่องปาก สุขภาพจิต แก่ผู้สูงอายุที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำและฝึกสอนญาติและหรือ CG ในการดูแลช่วยเหลือ

8) ศูนย์จัดหาวัสดุ อุปกรณ์การพทย์ที่จำเป็น (หรือประสานขอสนับสนุนจากหน่วยบริการ) จ้างเหมาบริการหรือจ่ายค่าตอบแทน CG จ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาหรือค่าเบี้ยเลี้ยงแก่ CM และหรือบุคลากรสาธารณสุขที่มาช่วยปฏิบัติงาน

5.3 สรุปและรายงานผล

9) CM กรรมการศูนย์ที่รับมอบหมาย และ CG สรุปผลการดำเนินงานทุก..........เดือน และรายงานที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์

10) ศูนย์จัดทำรายงานและสรุปผลการดำเนินงาน ส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล............

**7. สถานที่ดำเนินการ**

พื้นที่หมู่/แขวง ......... องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..............

**8. ผู้รับผิดชอบโครงการ**

ศูนย์...........................

**9. งบประมาณ**

ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล............เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน...........ราย โดยเหมาจ่ายต่อปีตามสรุปแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่แนบมาพร้อมโครงการนี้ รวมเหมาจ่ายเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น................. บาท (.....................................) โดยมีรายละเอียดการใช้จ่ายงบประมาณ ดังนี้

9.1ค่าจ้างเหมาบริการ (หรือค่าตอบแทน) CG จำนวน ......คน ไปบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ครัวเรือน รวมเป็นเงิน..................บาท ทั้งนี้เฉลี่ยไม่เกินค่าแรงขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนด โดยมีรายละเอียดดังนี้

9.1.1 ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ เหมาจ่ายดูแลตาม CP -250 บาท/ผสอ 1 ราย/เดือน x … เดือน x ผู้สูงอายุ … คน เป็นเงิน….. บาท

9.1.2 ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 เหมาจ่ายดูแลตาม CP -250 บาท/ผสอ 1 ราย/เดือน x … เดือน x ผู้สูงอายุ … คน เป็นเงิน…….. บาท

9.1.3 ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 เหมาจ่ายดูแลตาม CP -300 บาท/ผสอ 1 ราย/เดือน x … เดือน x … เดือน x ผู้สูงอายุ … คน เป็นเงิน……บาท

9.1.4 ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ 4 เหมาจ่ายดูแลตาม CP -350 บาท/ผสอ 1 ราย/เดือน x … เดือน x … เดือน x ผู้สูงอายุ … คน เป็นเงิน……บาท

9.2 ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลา(หรือค่าเบี้ยเลี้ยง) แก่ CM และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน…..คน โดยวันราชการปกติไม่เกินวันละ 2 ชม.และวันหยุดราชการไม่เกินวันละ 6 ชม. อัตรา ชม. ละ.....บาท (อัตราของท้องถิ่นหรือของ กสธ) x จำนวน.......ชม.x จำนวน.....คน รวมเป็นเงิน.................บาท

9.3 ค่าจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็น เป็นเงิน **…………..** บาท รายละเอียดดังนี้

9.2.1 ค่าจัดซื้อถุงมือ จำนวน …. กล่อง ๆ ละ ……บาทเป็นเงิน …… บาท

9.2.2 ค่าจัดซื้อไม้พันสำลี จำนวน .... แพ็ค ๆ ละ ..... บาท เป็นเงิน ......... บาท

9.2.3 ค่าจัดซื้อผ้าก๊อซ จำนวน .... กล่อง ๆ ละ ........ บาท เป็นเงิน ......... บาท

9.2.4 .................................

9.2.5 วัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็น

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยจ่ายได้ และหากมีเหลือสามารถใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องในปีงบประมาณถัด ๆ ไปได้

**10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล....... จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระของครอบครัว ...................

**ลงชื่อ**..........................................................ผู้เสนอโครงการ

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

ผู้จัดการระบบการดูแล

**ลงชื่อ**....................................................ผู้เสนอโครงการ

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

ประธานศูนย์..........

**ลงชื่อ**....................................................ผู้เห็นชอบโครงการ

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

ประธานอนุกรรมการสนับสนุน

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

**ลงชื่อ**....................................................ผู้อนุมัติโครงการ

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

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..................