แบบฟอร์ม LTC ๓

แบบสรุปรายละเอียดข้อเสนอผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

กลุ่มชุดสิทธิประโยชน์	ลำดับ	ชื่อ นามสกุล	อายุ (ปี)	ค่าจ้างเหมา CG				ค่าตอบแทนสหวิชาชีพ	ค่าวัสดุ	รวมทั้งสิ้น
				ครั้ง/เดือน	ครั้ง/ปี	ครั้งละ	รวม			
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง		ตัวอย่าง		2	24	50	1200			1200
กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสนทางสมอง										
กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง										
กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต										
						รวม				