



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๔ สระบุรี

๖๕/๓ ถนนพิชัยรณรงค์สงคราม ตำบลปากเพรียว อำเภอเมืองสระบุรี

จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ - ๓๖๒๑- ๓๒๐๕ โทรสาร ๐ - ๓๖๒๑ - ๓๒๖๓

ที่ สปสช. ๕.๓๙ /ว.๔๘๑

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอส่งแนวทางการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

เรียน นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

อ้างถึง ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒

จำนวน ๑ ชุด

๒. ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยจัดบริการ

จำนวน ๑ ชุด

๓. แบบฟอร์มโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
และสรุปแผนการดูแลรายบุคคล

จำนวน ๑ ชุด

๔. ตัวอย่างฎีกาเบิกเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ กรณีบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จำนวน ๑ ชุด

๕. แนวทางการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่หนังสือที่อ้างถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท)  
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคล  
ในพื้นที่ ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขนั้น สำหรับปีงบประมาณ ๒๕๖๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่ม  
กลุ่มเป้าหมายจาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง รายละเอียด  
ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ในการนี้เพื่อให้การดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องตามประกาศฯสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๔ สระบุรี  
ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการดังต่อไปนี้

๑. สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมดำเนินงานก่อนประกาศฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๒ จะมีผลบังคับ  
ใช้ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ยังคงใช้แบบฟอร์มข้อตกลงระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต กกับ องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่น คำสั่งคณะอนุกรรมการฯและข้อบัญญัติเหมือนเดิม และขอให้ปรับใช้เอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ - ๔  
โดยอนุโลม

/๒. เพื่อให้บริการ.....

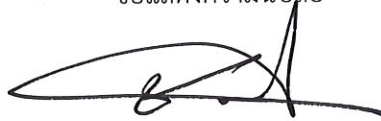
๒. เพื่อให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยบริการดำเนินการสำรวจและประเมินบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นคนไทยทุกกลุ่มวัย และทุกสิทธิ ที่มีคะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ โดยแบ่งออกเป็น ๔ กลุ่มตามชุดสิทธิประโยชน์ แล้วให้หน่วยบริการเสนอรายชื่อบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรม LTC และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยืนยันบุคคลในพื้นที่ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป สำหรับรายเก่าที่เสนอรายชื่อไว้ในโปรแกรม LTC เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บันทึกผลการอนุมัติ CP แล้ว หากต้องการขอรับงบประมาณดูแลต่อเนื่อง ขอให้หน่วยบริการบันทึกคะแนน ADL หลังการให้บริการ เดือนที่ ๙ ขึ้นไปในโปรแกรม LTC และกตบันทึกเสนอรายชื่อ ขอรับงบประมาณต่อเนื่อง เพื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้ทำการโอนงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

๓. เมื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับหนังสือขอรับการสนับสนุนงบประมาณพร้อมแผนการดูแลรายบุคคลจากหน่วยจัดบริการแล้ว ขอความร่วมมือให้ คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติโครงการและค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือจากหน่วยจัดบริการ

๔. การดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ขอให้ดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๕ ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <https://saraburi.nhso.go.th/FrontEnd/Index.aspx> เลือก ดาวน์โหลด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินงานต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



( นายชโล ศานติวารังคณา )

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เขต ๔ สระบุรี

กลุ่มภารกิจสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการ

ผู้รับผิดชอบ : นางพิมพ์สุภางค์ เอี่ยมฤทธิ /นางสุวิมล สุขเกษม

โทรศัพท์ ๐๘๗-๖๕๖-๕๔๘๘ และ ๐๙๐-๑๙๗-๕๒๒๗

E-mail : [pimsupang.e@nhso.go.th](mailto:pimsupang.e@nhso.go.th) , [suwemol.s@nhso.go.th](mailto:suwemol.s@nhso.go.th)



**ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**  
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ  
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒)  
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้การดำเนินการและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในส่วนของ การสนับสนุนค่าบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย และสอดคล้องกับสิทธิของผู้สูงอายุในการได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนด้านบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) (๘) (๙) และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกบทนิยามคำว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ในข้อ ๔ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ และใช้ความต่อไปนี้แทน

“ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน และบุคคลอื่นที่มีดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน”

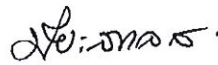
ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑๑ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ และให้ใช้ความดังต่อไปนี้แทน

/“ข้อ ๑๑ เงินกองทุน...

“ข้อ ๑๑ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามข้อ ๗ วรรคสอง ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป ตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ ตามโครงการที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง อนุมัติ”

ข้อ ๕ บรรดาข้อกำหนดใดแห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่ใช้คำว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ให้ใช้คำว่า “ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง” แทน แล้วแต่กรณี

ประกาศ ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายปิยะสกล สกลสัตยาทร)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข  
ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โลโก้ (ถ้ามี)

ข้อตกลงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
ระหว่าง

..... กับ .....

ข้อตกลงเลขที่ ..... /25.....

ข้อตกลงนี้ทำขึ้น ณ ..... ตั้งอยู่ที่.....

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. 25..... ระหว่าง (ชื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) .....

โดย.....

(ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ฝ่ายหนึ่ง  
กับ (ชื่อหน่วยจัดบริการ).....

โดย .....

(ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ) ซึ่งต่อไปในข้อตกลงนี้เรียกว่า “หน่วยจัดบริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง โดยมี  
ข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ 1 การดำเนินงาน

ทั้งสองฝ่ายตกลงร่วมกันในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ในเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการ  
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพใน  
ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ข้อ 2 การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และสรุป  
แผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย  
หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้เป็นไปตาม  
เอกสารแนบท้ายข้อตกลงนี้

ข้อ 3 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตกลงสนับสนุนเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับ  
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวน  
ทั้งสิ้นไม่เกิน ..... บาท (.....บาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น ..... งวด ดังนี้

งวดที่ 1 เป็นเงินจำนวน บาท ( ..... บาทถ้วน)

งวดที่ 2 เป็นเงินจำนวน บาท ( ..... บาทถ้วน)

ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดจนภาษีอากรอื่นๆ และค่าใช้จ่ายที่ปวงไว้ด้วยแล้ว

ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่วันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... สิ้นสุด  
ในวันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามข้อตกลงให้หน่วยจัดบริการรายงานผล  
การดำเนินในโปรแกรม LTC

ข้อ 5 กรณีหน่วยจัดบริการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงทำให้เกิดความล่าช้าหรือความเสียหาย องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นมีสิทธิ์ยกเลิกข้อตกลงและระงับการจ่ายเงินสนับสนุนโดยผู้จัดบริการยินยอมให้องค์กร  
ปกครองส่วนท้องถิ่นเรียกเงินสนับสนุนที่จ่ายไปแล้วคืนทั้งหมดหรือบางส่วนได้

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ซึ่งทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ  
โดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น  
(.....) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ ..... หน่วยจัดบริการ  
(.....) (ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจ)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)

แบบฟอร์มโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
 สรุปรูปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกัน  
 สุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ที่องถึน

**ส่วนที่ ๑ : โครงการ**

เรียน ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ  
 บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (อบต./เทศบาล) ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ด้วย ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน)..... อำเภอ  
 ..... จังหวัด..... มีความประสงค์จะจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ  
 บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ..... โดยขอรับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการ  
 สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบท้าย  
 ประกาศฯ โดยเป็นค่าบริการฯ (เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี จำนวน ..... คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น จำนวน .....  
 บาท (.....บาทถ้วน) รายละเอียด มีดังนี้

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ ไม่มีปัญหาการ กิน/การขับถ่ายหรือ เจ็บป่วยรุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้าย ของชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)		

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสรุปรูปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี เพื่อเสนอต่อ  
 คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะ  
 พึ่งพิง พิจารณาสันับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ รายละเอียดตามเอกสารแนบ  
 ระยะเวลาดำเนินการ (ระบุตามวันเริ่มต้น และวันสิ้นสุดการให้บริการตามแผนการดูแลรายบุคคล).....

ลงชื่อ ..... ผู้จัดทำโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานที่จัดบริการ  
 (ระบุชื่อ หน่วยบริการ/สถานบริการ /ศูนย์พัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน)

วันที่ .... เดือน ..... พ.ศ. ....

ส่วนที่ ๒

สรุปแผนการดูแลรายบุคคลและค่าบริการฯ(เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี

เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการฯ

ชื่อ เลขบัตรประชาชน เกิดวันที่ เดือน ปี (อายุ.....ปี)	ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันจัดทำ
สถานะสุขภาพ/ค่าบริการฯ(เหมาจ่าย) ต่อคนต่อปี ที่ขอรับบริการสนับสนุน	วินิจฉัย ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมายการดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ .....		- ระยะสั้น
ขอรับการสนับสนุนค่าบริการฯ (เหมาจ่าย)ต่อคนต่อปี		- ระยะยาว
เป็นจำนวนเงิน ..... บาท		
	<p>การดูแล</p> <p>-ระบุเฉพาะกิจหรือรวมบริการหลักๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์แบบ ช่วยประเภทต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วย หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เช่น ภาวะคว้าน้ำบาด ภาวะดูแลผลิตภัณฑ์ ภาวให้อาหารทางสาย ยาง</p> <p>*ทั้งนี้ ในการปฏิบัติจริงสามารถหุย่นได้โดยคำนึงถึงสถานะ ของผู้ป่วยเป็นหลักิย”</p>	ข้อควรระวังในการให้บริการ



ส่วนที่ ๓ : ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)

การประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ครั้งที่ ..... /..... เมื่อวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. .... ได้พิจารณาโครงการของ (ระบุชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพฯ) เขตพื้นที่ (อบต./เทศบาล) ..... อำเภอ ..... จังหวัด ..... ตามโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง สรุปแผนการดูแลรายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ท้องถิ่นโดยที่ประชุมมีมติ ดังนี้

อนุมัติ โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง แผนการดูแลรายบุคคล และค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ของ ..... (ระบุชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน.....) จำนวน ..... คน เป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน ..... บาท (.....บาทถ้วน) โดยเบิกจากบัญชีเงินฝากกองทุนหลักประกันสุขภาพ...(ระบุชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน .....บาท (.....บาทถ้วน)

รายละเอียดตามตาราง

กลุ่มติดบ้าน				กลุ่มติดเตียง				รวม	
กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้างมี ปัญหาการกิน/การ ขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะ สับสน		กลุ่มที่ ๒ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมี ภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกิน/การขับถ่าย		กลุ่มที่ ๓ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การ ขับถ่าย หรือเจ็บป่วย รุนแรง		กลุ่มที่ ๔ กลุ่มที่เคลื่อนไหวเอง ไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของ ชีวิต		จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)
จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)	จำนวน (คน)	ค่าบริการ (บาท)		

ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....  
หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..... (ระบุจำนวนผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ).....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ประธานคณะกรรมการ  
สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
(อบต./เทศบาล) ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ แจ้งผลการพิจารณาเพื่อ อปท. ทำการเบิกจ่ายต่อไป

## ตัวอย่างฎีกาเบิกเงิน

### กองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

เลขที่ .....manual.....

วันที่จัดทำ..... manual.....

เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น

ตามที่คณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (ชื่อ อปท.).....auto..... ได้อนุมัติโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง และแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ให้แก่ (ชื่อหน่วยจัดบริการ)..... auto..... จำนวน ..... auto.....บาท (.....auto.....บาทถ้วน) โดยแบ่งจ่ายเป็น .....

auto.....งวด ดังนี้

งวดที่ 1 เป็นเงินจำนวน..... auto..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)

งวดที่ 2 เป็นเงินจำนวน..... auto..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)

ในการนี้ (ชื่อหน่วยจัดบริการ).....มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน งวดที่ ..... จำนวน..... บาท (.....บาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามโครงการฯและแผนการดูแลรายบุคคลดังกล่าว พร้อมนี้

ลงชื่อ .....ผู้ขอเบิก (ผู้ได้รับมอบหมาย)

(.....)

ตำแหน่ง.....

<p>ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้อง และได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกจ่ายได้</p> <p>จำนวน ..... auto..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ .....ผู้ตรวจสอบ (ผู้ได้รับมอบหมาย)</p> <p style="padding-left: 40px;">(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p>	<p>เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p style="padding-left: 40px;">เห็นควรให้เบิกจ่าย งวดที่... auto .....</p> <p style="padding-left: 40px;">จำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p style="padding-left: 40px;">(.....)</p> <p style="padding-left: 40px;">หัวหน้าหน่วยงานคลัง/ผู้ได้รับมอบหมาย</p> <p>วันที่.....</p>
<p>เรียน ผู้บริหารท้องถิ่น</p> <p style="padding-left: 40px;">เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p style="padding-left: 40px;">จำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)</p> <p style="padding-left: 40px;">ลงชื่อ .....</p> <p style="padding-left: 40px;">(.....)</p> <p style="padding-left: 40px;">ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>วันที่.....</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p style="padding-left: 40px;">จำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน)</p> <p style="padding-left: 40px;">ลงชื่อ .....</p> <p style="padding-left: 40px;">(.....)</p> <p style="padding-left: 40px;">ผู้บริหารท้องถิ่น</p>
<p>จ่ายเป็น Δ เชื้อฉีดคร่อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ</p> <p style="padding-left: 40px;">Δ ทางธนาคาร</p> <p>ธนาคาร ..... บัญชีเลขที่ .....</p> <p>เลขที่เช็ค ..... ลงวันที่ .....</p> <p>จำนวนเงิน ..... บาท (.....)</p> <p>จ่ายให้ (ชื่อผู้รับเงิน) .....</p>	<p>ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร</p> <p>ลงชื่อ .....ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)</p> <p style="padding-left: 40px;">(.....)</p> <p>ลงชื่อ .....ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)</p> <p style="padding-left: 40px;">(.....)</p>

## หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ..... auto ..... บาท (.....auto.....บาทถ้วน) ชื่อ ..... ผู้รับเงิน (1) (.....) ตำแหน่ง .....	ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้วจำนวน ... auto .. บาท (.....auto...บาท ถ้วน) ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน (.....) ตำแหน่ง .....
วันที่ .....	วันที่ .....

หมายเหตุ (1) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

แนวทางการดำเนินงานบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <https://saraburi.nhso.go.th/FrontEnd/Index.aspx>

รายการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	โปรแกรม	รายละเอียดเพิ่มเติม
<p>๑.การบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการรองรับประมาณสนับสนุน (เมื่อบันทึกข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วหน่วยจัดบริการควรเสนอ CP ภายใน ๓๐ วัน เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง)</p>	<p>หน่วยจัดบริการในพื้นที่ ได้แก่ รพ.สต./โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุฯ</p>	<p>โปรแกรม LTC สปสช. <a href="https://www.nhso.go.th">https://www.nhso.go.th</a> เลือก : บริการข้อมูล เลือก : กองทุนดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เมนู : รายการที่หน่วยจัดบริการบันทึกทั้งหมด</p>	<p>๑.โปรแกรมจะจัดเก็บรายชื่อผู้สูงอายุและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามปีงบประมาณที่หน่วยจัดบริการบันทึกรายชื่อในปีงบประมาณนั้นๆ ๒.กรณีเงินเหลือในบัญชีเพียงพอกับการใช้งบประมาณเลือก X ลงทะเบียนไม่ขอรับงบปีปัจจุบัน ๓.กรณีบุคคลใหม่ทดแทนผู้เสียชีวิตเลือก X ลงทะเบียนไม่ขอรับงบปีปัจจุบัน เลือก X ลงทะเบียนทดแทน(เลือกผู้ที่ต้องการทดแทน) เลือก เลขประจำตัวประชาชนเสียชีวิต ต้องเป็นคนที่ถูกอปท.ยืนยันและรับงบประมาณแล้วเท่านั้น</p>
<p>๒.การยืนยันข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</p>	<p>โปรแกรม LTC สปสช. เมนู : รายการที่หน่วยจัดบริการบันทึกทั้งหมด/ผลการยืนยันของอปท.</p>	<p>๑.อปท.ควรตรวจสอบเงินในบัญชีกองทุนก่อนการยืนยันข้อมูลทุกครั้งหากมีเงินเหลือเพียงพอและหน่วยบริการไม่ได้เลือก X ลงทะเบียนไม่ขอรับงบปีปัจจุบัน อปท.ต้อง เลือก X ลงทะเบียนไม่ขอรับงบปีปัจจุบัน ก่อนยืนยันข้อมูล</p>
<p>๓.ตรวจสอบสิทธิของอปท.</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</p>	<p>โปรแกรม LTC สปสช. เมนู : ตรวจสอบสิทธิอปท.</p>	<p>๑.ใช้สำหรับตรวจสอบผู้มีสิทธิได้รับงบประมาณตามรายชื่อที่หน่วยบริการบันทึกและอปท.ยืนยันข้อมูลแล้ว ๒.ส่งรายชื่อให้หน่วยจัดบริการจัดทำ CP ตามรายชื่อ ๓.นำรายชื่อให้คณะกรรมการฯพิจารณาอนุมัติตาม CP</p>

รายการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เอกสาร/โปรแกรม	รายละเอียดเพิ่มเติม
<p>๔. การอนุมัติโครงการ</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</p>	<p>เอกสารที่เกี่ยวข้อง โปรแกรม LTC สปสช.</p>	<p>๑.อปท.ควรตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร/ครบถ้วน ๒.เชิญคณะกรรมการประชุมพิจารณาอนุมัติค่าบริการฯ ตาม CP และโครงการ ๓. จำนวนเงินที่อนุมัติ = จำนวนผู้มีภาวะพึ่งพิง X 5,000 บาท</p>
<p>๔.๑ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่</p> <p>๔.๑.๑ หนังสือราชการจากหน่วย จัดบริการรองรับประมาณสนับสนุน ๔.๑.๒ แบบฟอร์มโครงการ</p> <p>จัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงและบุคคล อื่นที่มีภาวะพึ่งพิงสรุปแผนการดูแล รายบุคคล และค่าบริการตามชุดสิทธิ ประโยชน์แนบท้ายประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การ ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฯ ท้องถิ่น (หน้า 126)</p> <p>๔.๑.๓ แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามรายชื่อเมมเบอร์ตรวจสอบสิทธิ ๔.๑.๔ โครงการตามแนวทางปฏิบัติของ กระทรวงสาธารณสุข(หน้า ๓๙) เพื่อขอ อนุมัติจัดตั้ง</p>	<p>หน่วยจัดบริการ</p>	<p>หนังสือราชการ</p> <p>โปรแกรม 3C ของกรม อนามัย</p>	<p>เมื่ออปท.กดยืนยันข้อมูลรายชื่อในโปรแกรม LTC ของ สปสช.แล้ว ให้หน่วยบริการเข้าโปรแกรม 3C กดซึ่งข้อมูลเพื่อจัดทำ CP ควรมี ชื่อ-นามสกุล/เลขประจำตัวประชาชน/คะแนน ADL/ กลุ่มพึ่งพิง/ค่าบริการฯ (เหมาจ่าย)ต่อคน/ปี) พร้อมระบุ จำนวนเงินที่ต้องการสนับสนุน เป็นรายบุคคล</p>

รายการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เอกสาร/โปรแกรม	รายละเอียดเพิ่มเติม
<p>๔.๑ เอกสารที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)</p> <p>๔.๑.๕ ผลการพิจารณาโครงการจัดบริการฯ ของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง (หน้า 128)</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</p>	<p>เอกสารที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>อปท. ควรตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร</p>
<p>๔.๒ เมื่อประชุมคณะอนุกรรมการฯ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการดังนี้</p> <p>๔.๒.๑ เลือกรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่จะอนุมัติจ่ายเงินเลือกตามปีงบประมาณที่บันทึก</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</p>	<p>โปรแกรม LTC สปสช. เมนู : นำเข้าโครงการ</p>	<p>รายชื่อใน CP และโปรแกรม LTC ต้องตรงกัน เมื่อนำเข้าโครงการ ต้องบันทึกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ชื่อพ.ส.ด./รพ. (หน่วยจัดบริการ)</li> <li>๒. วันที่รับโครงการ</li> <li>๓. เพิ่ม Care Plan เข้าโครงการ คือการเลือกรายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จะอนุมัติทั้งหมด/บันทึกรายชื่อ CM/CG</li> <li>๔. สถานะโครงการต้องเป็น “บันทึกข้อมูลครบถ้วน”</li> <li>๕. กค “บันทึก”</li> </ol>
<p>๔.๒.๒ อนุมัติโครงการ (อปท. ควรอนุมัติโครงการภายใน ๑๕ วัน หลังจากที่ได้รับบริการส่ง CP เพื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับบริการดูแลอย่างต่อเนื่อง)</p>	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่</p>	<p>โปรแกรม LTC สปสช. เมนู : อนุมัติโครงการ</p>	<p>เมนู : อนุมัติโครงการ ต้องบันทึกดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เลือก “บันทึกอนุมัติโครงการ”</li> <li>๒. วันที่อนุ LTC อนุมัติ (ใส่ วัน/เดือน/ปี)</li> <li>๓. วันที่เริ่มต้นข้อตกลง (ใส่ วัน/เดือน/ปี)</li> <li>๔. หากรายชื่อถูกต้องเลือกอนุมัติทั้งหมด/รายชื่อไม่ถูกต้องเลือกอนุมัติทีละราย</li> <li>๕. ใส่ “จำนวนเงินที่อนุมัติรายคน” เช่น 5000</li> <li>๖. กค “บันทึก”</li> </ol>

รายการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เอกสาร/โปรแกรม	รายละเอียดเพิ่มเติม
๔.๒.๓ จัดทำข้อตกลง	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่	<p>โปรแกรม LTC สปสช.  เมนู : เมนูจัดทำข้อตกลง  เพื่อจัดทำข้อตกลงระหว่าง  อปท.กับหน่วยจัดบริการ  จำนวน ๒ ชุด</p>	<p>อปท.ควรตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร  เมนูจัดทำข้อตกลง ต้องบันทึกดังนี้  ๑.เลือก “ตรวจสอบ”  ๒.หากจ่ายงวดเดียว โปรแกรม จะขึ้น งวดที่ 1 จำนวนเงิน  ทั้งหมด ต้องการจ่ายหลายงวด ต้องเลือก “ + เพิ่มงวดการ  จ่ายเงิน”  ๓ กด “บันทึก”  ๔.เลือก “พิมพ์ข้อตกลง”  การออกข้อตกลง โปรแกรมจะกำหนดวันที่จัดทำข้อตกลง  ตามที่บันทึกในเมนูอนุมัติโครงการ แต่ วันที่ ตาม  ข้อ 4 หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงานตามข้อตกลงตั้งแต่  วันที่ .....เดือน.....พ.ศ..... สิ้นสุดในวันที่ .....  เดือน.....พ.ศ..... โดยเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงาน  ตามข้อตกลงให้หน่วยจัดบริการรายงานผลการดำเนินงานใน  โปรแกรม LTC (สามารถใช้วันเดียวกันหรือหลังจากวันที่ออก  ข้อตกลงได้เป็นวันที่หน่วยจัดบริการเริ่มดำเนินงาน)</p>
๔.ออกใบฎีกา (เบิกเงิน)	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่	<p>โปรแกรม LTC สปสช.  เมนู : ออกใบฎีกา</p>	<p>อปท.ควรตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร ได้แก่  ๑.จำนวนเงินต้องถูกต้อง/จ่ายเป็น Δ เช็คขีดคร่อม/ตัวแลกเปลี่ยน/  ธนาคาร  ๒.ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร  ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มหนึ่ง)  (.....)  ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม (กลุ่มสอง)  (.....)</p>

รายการ	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เอกสาร/โปรแกรม	รายละเอียดเพิ่มเติม
<p>๕. บันทึกผลการให้บริการ(ADLหลัง)/เสนอรายชื่อเพื่อรับงบ (ต่อเนื่อง)</p>	<p>หน่วยจัดบริการ  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>โปรแกรม LTC สปสช. เมนู : บันทึกผลการให้บริการ(ADLหลัง)/เสนอรายชื่อเพื่อรับงบ (ต่อเนื่อง)</p>	<p>รายละเอียดเพิ่มเติม หน่วยจัดบริการสามารถบันทึก ADL หลังการให้บริการได้ตั้งแต่ เดือนที่ ๙ เป็นต้นไป (จากวันที่ออกข้อตกลง) ต้องบันทึก ๑. เลือกรูปแบบประมาณตามรายชื่อที่บันทึก ๒. กติ “ค้นหา” ๓.ใส่ค่า ADL /Group/ TAI ๔.หากย้ายออกนอกพื้นที่ ก็ต้องบันทึก ๕. คะแนน ADL เกิน 11 ให้ใส่ตัวเลขอย่างเดียว เมื่อหน่วยจัดบริการบันทึก ADL เดือนที่ ๙ แล้วต้องแจ้งให้อปท.เข้ามาบันทึกอนุมัติของงบประมาณในปีต่อไป เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ ๑๒ หน่วยจัดบริการต้องบันทึก ADL เพื่อปิดโครงการ</p>
<p>๖.การรายงานผล</p> <p>๗. การทำบัญชีรายรับ - รายจ่าย</p>	<p>หน่วยจัดบริการ  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  หน่วยจัดบริการ</p>	<p>หนังสือราชการ    ทำทะเบียนรับ - จ่าย</p>	<p>รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ได้แก่ ๑.รายรับ-รายจ่าย (เงินเหลือไม่ต้องคืน) ๒.จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีชีวิต/เสียชีวิต/ย้ายออกนอกพื้นที่ ๓. คะแนน ADL /Group ทั้งนี้สามารถเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม รายงานให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น/พื้นที่ทราบ ถือเป็นสิ้นสุดการดำเนินงานในปีนั้น ตรวจตอบการโอนเงินจากสปสช.<a href="https://www.nhso.go.th">https://www.nhso.go.th</a> เลือก1.บริการข้อมูล 2.บริการออนไลน์ 3.NHSO Budget4.รายงานการจ่ายเงินกองทุน 5.เขตพื้นที่ เขต 4 สระบุรี 6. รหัสหน่วยบริการ J..... เมื่อได้รับงบประมาณจากอปท.ให้จัดทำทะเบียนรับ - จ่าย</p>