**-ตัวอย่าง-**

**โครง****การสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

**สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้**

**สามารถปรับได้ตามระเบียบของผู้ดำเนินโครงการ**

**เรื่อง** โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะ
 หรืออุจจาระไม่ได้

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

 ด้วย หน่วยงาน (หน่วยบริการ/สถานบริการ/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/
หน่วยงานสาธารณสุข (อปท.)) มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคล
ที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้**ใน**ปีงบประมาณ 256x โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเงิน -xxxx- บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด)**

**1.หลักการและเหตุผล**

 บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะในรายที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพื่อนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้การสนับสนุน เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขในชุมชน
อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติให้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เป็นสิทธิประโยชน์
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาว
ด้านสาธารณสุข (Care Plan) และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมิน
หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น งบประมาณ
ที่มีอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงมีความสำคัญยิ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

 ( ชื่อหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน ) จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ เพื่อ**เสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน..........................................................**

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคล
ระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. เพื่อให้บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**3. วิธีดำเนินการ**

1. (ชื่อหน่วยงานที่ขอรับสนับสนุน) จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ
โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

 1) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
(Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สำรวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล
ของชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (BarthelADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน (Adl≤6) รายที่จำเป็นต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมจากงบกองทุนตำบล

 2) กรณีพบบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงฯ Adl≤6 แต่ไม่มีแผนการดูแลรายบุคคลฯตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ
LTC ให้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ และหรือบุคลากรสาธารณสุข จัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์ฯ LTC ให้เรียบร้อยก่อน และนำเฉพาะรายการค่าใช้จ่ายสำหรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่มาสนับสนุนจากงบกองทุนตำบล

 3) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะ
หรืออุจจาระไม่ได้ในพื้นที่ โดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้จัดการการดูแลระยะยาวฯ หรือบุคลากรสาธารณสุข ทำการประเมินหรือใช้ข้อบ่งชี้ทางแพทย์ประกอบการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

 4) กรณีพบกลุ่มเป้าหมายหรือได้รับประสานติดต่อจากกลุ่มเป้าหมาย ญาติ ประชาชน สปสช.เขต
หรือสายด่วน 1330 แจ้งขอรับผ้าอ้อมฯในพื้นที่ หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนรับเรื่องและดำเนินการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการข้างต้น เพื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

 5) สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

 2. หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนดำเนินการจัดหาและนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

 3. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

 หมายเหตุ : รายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

**3. กลุ่มเป้าหมาย**

 1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) จำนวน -xxx- คน

 2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน -xxx- คน

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

 อาจกำหนดรอบละ 3 , 6 หรือ 12 เดือน ก็ได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความจำเป็นในพื้นที่

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

**5. สถานที่ดำเนินการ**

 พื้นที่รับผิดชอบของกองทุนฯ

**6. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ............................... จำนวน .................. บาท รายละเอียด ดังนี้

1) ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เป็นเงิน -xxxx- บาท

 (จำนวนคน x ราคา......บาทต่อชิ้น x จำนวน 3 ชิ้น/วัน

 x จำนวนวัน = ราคารวม)

2) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นเงิน -xxxx- บาท

 (ตามอัตราของระเบียบหน่วยงานที่รับงบ)

3) ค่าประชาสัมพันธ์โครงการ เป็นเงิน -xxxx- บาท

4) ค่าวัสดุ/อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม เป็นเงิน -xxxx- บาท

5) ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการกิจกรรม เป็นเงิน -xxxx- บาท

 **รวม...........................................................บาท**

หมายเหตุ : อัตราราคาและจำนวนที่ใช้ต่อวันตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และมีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 6 คะแนน ตามแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Plan) ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เพิ่มเติมตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**เอกสารแนบโครงการ**

|  |
| --- |
| **แผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง** **สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**  |
| **ชื่อ****เลขบัตรประจำตัวประชาชน**  | **ที่อยู่****หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)** | **วันจัดทำ** |
| **เกิดวันที่ เดือน ปี** **(อายุ………ปี)** | **วินิจฉัย :****ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :**  |
| **สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน** | **ประเด็นปัญหา/ความต้องการ** | **การดูแล** |
| **เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่**........**ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน**…………………..**บาท** **โดยมีรายละเอียดดังนี้** |  |  |
| **การประเมินบุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้** |  |
| **มีความต้องการ/ควรได้รับ**- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน.........ชิ้น |  |  |
| **ข้อควรระวังในการให้บริการ** | **เป้าหมายการดูแล** |
|  | ระยะสั้นระยะยาว |
| **ผู้จัดทำ Care plan** | **ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)** |

 **เอกสารแนบโครงการ**

**แบบประเมิน**

**บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**

**สำหรับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อ-นามสกุล (นาง/นาย/นางสาว)*(บุคคลที่มีภาวะปัญหากลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้)*หมายเลขโทรศัพท์ (ติดต่อได้) | วัน/เดือน/ปี (เกิด)อายุ ปี | ที่อยู่ |
| วันที่ประเมิน | **ผลการประเมิน** มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ มีภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ | **ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์** (ควรมีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ)  มีประวัติกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ตรวจร่างกายพบระบบประสาทบกพร่อง (ขา ทวารหนัก อุ้งเชิงกราน) หรือมีภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อน หรือมีน้ำปัสสาวะค้างในช่องคลอด หรือมีความผิดปกติของการขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนัก มีใบรับรองแพทย์/มีผลการตรวจจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่ง (การตรวจทางรังสี, ส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ, ตรวจทางปัสสาวะพลศาสตร์, ตรวจวัดการทำงานของลำไส้ใหญ่และหูรูดทวารหนัก) |
| **ผู้ประเมิน**(พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ/ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager)/บุคลากรสาธารณสุข**ชื่อ-นามสกุล** | **ความเห็นของผู้ประเมินควรได้รับ** ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน....ชิ้น  | **ชื่อหน่วยงานของผู้ประเมิน** |

**เอกสารแนบโครงการ**

**-ตัวอย่าง-**

**สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมายและผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงAdl≤6 Care Plan** | **บุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมิน****หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์** | **รวมจำนวน** |
| **คน** | **ชิ้น** | **วัน** | **ราคา** | **คน** | **ชิ้น** | **วัน** | **ราคา** | **คน** | **ชิ้น** | **วัน** | **ราคา** |
|  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

**-ตัวอย่าง-**

**ทะเบียนคุมจำนวนการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **ชื่อ-นามสกุล** | **เลขบัตรประชาชน** | **หมายเลขโทรศัพท์** | **จำนวนที่ได้รับสนับสนุนฯ (ชิ้น)** | **สถานะการมีชีวิต** | **จำนวนที่จ่าย(ชิ้น)** | **ว/ด/ป(ที่จ่าย)** | **จำนวนคงเหลือ (ชิ้น)** |
| **บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง  Adl≤6 Care Plan**  | **บุคคลที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์** | **มี****ชีวิต** | **เสีย****ชีวิต** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |