ด่วนที่สุด

ที่ ปน ๐๐๒๓.๓/ว ๘๖๖

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดปัตตานี ศาลากลางจังหวัด
ปัตตานี ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง เชิญสมัครแจ้งความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๒

เรียน ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี นายกเทศมนตรีเมืองปัตตานี และนายกเทศมนตรีเมืองตะลุบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดปัตตานี ด่วนที่สุด ที่ ปน ๐๐๓๒/ว ๑๒๕๒๐ ลงวันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๒

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีแจ้งว่ารัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดี และมีโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในปี ๒๕๕๙ และต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ “ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเหมาะสม ได้แสดงความจำนงเข้าร่วม และสำนักงานเห็นชอบได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรงชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๒ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย จังหวัดปัตตานี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี จึงให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดปัตตานีแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแจ้งความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๒ ไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒ สงขลา ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป สำหรับท้องถิ่นอำเภอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายเพิ่ม เพ็ชรพรหม)
ท้องถิ่นจังหวัดปัตตานี

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น
โทร.๐๗๓-๓๔๙๕๑๙, ๐๗๓-๓๔๙๕๑๙ ต่อ ๑๐๗
โทรสาร ๐-๗๓๓๓-๖๕๘๑

☐ สำนัก.
☐ กง บถ.
☐ กง สส.
☐ กง.กม.
☐ กง.กง.

ด่วนที่สุด

ที่ ปน ๐๐๓๒/ว ๑๒๔๐

ศาลากลางจังหวัดปัตตานี
ถนนเดชา ปน ๙๔๐๐๐

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง เชิญสมัครแจ้งความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๒

เรียน นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการสมัครเข้าร่วม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบแสดงความจำนงเข้าร่วมดำเนินงาน จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดี และมีโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในปี ๒๕๕๙ และต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน และตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ “ ให้องค์กรปกครองท้องถิ่น ที่มีความพร้อม เหมาะสม ได้แสดงความจำนงเข้าร่วม และสำนักงานเห็นชอบได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ” เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรงชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป นั้น

ในการนี้ จังหวัดปัตตานี ขอความร่วมมือจากหน่วยงานของท่าน ให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและหน่วยบริการสาธารณสุข แจ้งความจำนงเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี ๒๕๖๒ ตามรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุดมเกียรติ พูลสวัสดิ์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ ๐ ๗๓๔๖ ๐๒๓๔
โทรสาร ๐ ๗๓๔๖ ๐๒๓๕

ขั้นตอนการสมัครเข้าร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)
สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมและสมัครใจ

๑. องค์ประกอบของ อปท. ที่จะร่วมดำเนินการ

๑.๑ มีความพร้อม สมัครใจ

๑.๒ มีผู้จัดการระบบ (Care Manager) ในพื้นที่

๑.๓ มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในพื้นที่

๑.๔ มีหน่วยจัดบริการ(ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือ หน่วยบริการ)

๒. ขั้นตอนการสมัคร

๒.๑ ศึกษาแนวทางการประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

๒.๒ ลงนามตอบรับในหนังสือแสดงความจำนงข้าร่วมดำเนินงาน (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

๒.๓ เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ชื่อ "บัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (...ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง" แยกออกจากบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๒.๔ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๒.๕ สมัครขอ user และ password เพื่อเข้าระบบโปรแกรม ltc.nhso.go.th/ltc

๒.๖ CM บันทึกรายชื่อผู้สูงอายุ และ ผู้รับผิดชอบกองทุนLTC ยืนยันข้อมูลรายชื่อดังกล่าวในโปรแกรม ltc.nhso.go.th/ltc

เมื่อดำเนินการแล้ว ส่งเอกสารฉบับจริง (๒.๒) และสำเนา (๒.๓) (๒.๔) พร้อมหนังสือนำส่งที่ มายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒ สงขลา

เลขที่ ๔๘๘/๘๘ อาคารสยามนครินทร์ คอมเพล็กซ์(ชั้น ๓) ถ.เพชรเกษม อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๒๓ ๓๘๘๘ โทรสาร ๐ ๗๔๒๓ ๕๔๙๔

ผู้ประสานงาน : นายชัยยุทธ หลักเมือง

โทร. ๐๘๘๗๙๐๖๖๒๓

Email : chaiyut.l@nhso.go.th,chaiyut48@gmail.com

****

ข้อตกลงเลขที่.....

ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ระหว่าง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒ สงขลา กับ องค์กรปกครองท้องถิ่น.....

กรณีเข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่

เรียน เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๒)

ด้วย (ระบุชื่อ อบต./เทศบาล).....อำเภอ.....จังหวัด..... มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ หากได้รับการอนุมัติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วจะดำเนินการ ดังนี้

๑. ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่บูรณาการกับการบริการด้านสวัสดิการสังคม ที่มีการดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว

๒. ร่วมกับทีมหมอครอบครัวของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ดำเนินการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็น ๔ กลุ่มตามความต้องการการบริการด้านสาธารณสุข (ชุดสิทธิประโยชน์และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) และจัดทำเป็นแผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ต่อไป

๓. ประสานงานกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

๔. ประเมินผลการดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการ สถานบริการ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องในพื้นที่ต่อไป

๕. ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือ แนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ถือว่าข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ มติ คำสั่ง หรือแนวปฏิบัติของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดขึ้นหรือแก้ไขเพิ่มเติมก่อนหรือระหว่างที่ข้อตกลงนี้มีผลบังคับใช้ เป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงนี้

๖. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มดำเนินการตามข้อตกลงนี้ ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... จนสิ้นสุดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

กำหนดเวลาสิ้นสุดข้อตกลงตามวรรคหนึ่ง ถ้าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มิได้บอกเลิกข้อตกลง ให้ถือว่าเวลาดำเนินงานตามข้อตกลงนี้ขยายออกไปอีกทุกๆหนึ่งปีงบประมาณ เว้นแต่กรณีที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นสมควรยกเลิกข้อตกลงนี้ ให้ข้อตกลงนี้สิ้นสุดในวันสิ้นปีงบประมาณนั้น

ลงชื่อ.....องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

อนุมัติ

ลงชื่อ..... สำนักงาน

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....