**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ…………………………………………**

**เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พื้นที่เทศบาล/ตำบล........**

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ .............................................................................**

**ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ..โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/กองสาธารณสุข........... มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** โครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน พื้นที่เทศบาล/ตำบล...................... **ในปีงบประมาณ ............................... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ................................................................. เป็นเงิน ........................... บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้**

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลงรายละเอียด)**

# หลักการและเหตุผล

พื้นที่ตำบล...........มีจำนวนบ้านในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมด .......... หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งหมด ........................ คน มีผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลจำนวน................. คน ซึ่งผู้ดูแลประจำส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง และมีจำนวน................คน ไม่มีผู้ดูแลอยู่ประจำบางครั้งถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง จึงทำให้ผู้พิการและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด แผลกดทับ เป็นต้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/กองสาธารณสุข.....................**..... เห็น

ความสำคัญ จึงจัดให้มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้พิการและผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง หรือในบางรายอาจจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประกอบอาชีพโดยตนเองได้ตามศักยภาพในที่สุด

# 1. วัตถุประสงค์

# 1.1 เพื่อให้ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้องโดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัว/ชุมชน

# 1.2 เพื่อให้ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

**กลุ่มเป้าหมาย**

1.3 ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเทศบาล/ตำบล.......................จำนวน................คน

# ตัวชี้วัด

* 1. ร้อยละ ...... ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเทศบาล/ตำบล.......................ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ
  2. ร้อยละ........ ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

**2. วิธีการดำเนินงาน**

2.1 สำรวจข้อมูลสภาพปัญหาความต้องการของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

2.2 รับสมัครสมาชิกครอบครัวกลุ่มเป้าหมายหรือจิตอาสาในชุมชนที่เป็นผู้ดูแล

2.3 จัดอบรมฝึกทักษะผู้ดูแล จำนวน............คน

2.4 จัดทำแผนการดูแล/ฟื้นฟูฯ กลุ่มเป้าหมายรายบุคคลร่วมกับนักกายภาพบำบัดและผู้ดูแล

2.5 ดำเนินการให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายตามแผน

2.6 จัดให้มีนักกายภาพบำบัด เยี่ยมประเมิน/ให้การดูแลช่วยเหลือและจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับผู้ดูแลที่บ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

2.7 สรุปและประเมินผลกิจกรรม

2.8 สรุปผลการดำเนินงานพร้อมแนบแบบรายงานการรับบริการส่งกองทุนฯ

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

ปีงบประมาณ ………………….. (เริ่ม เดือน………………….ถึง เดือน...........................)

**4. สถานที่ดำเนินการ**

ชุมชนและเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบเทศบาล/ตำบล.................................................................................

**5. งบประมาณ**

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล/ตำบล………………… จำนวน............... บาท

สำหรับดำเนินการ กิจกรรม/บริการและค่าใช้จ่ายดังนี้

- กิจกรรมสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน.......คนๆละ...........บาท

เป็นเงิน....................บาท

- กิจกรรมอบรมฝึกทักษะผู้ดูแล จำนวน..............คน หลักสูตร ....... วัน คนละ......... บาท เป็นเงิน................บาท

- ค่าตอบแทนผู้ดูแลให้บริการผู้พิการ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน (ตามแผนการดูแล) จำนวน......คนๆละ........บาท

เป็นเงิน.................บาท

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ลดภาระ/ค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว
3. ลดการครองเตียงในโรงพยาบาล

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

***(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)***

**7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557**

**ข้อ 7) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน** ........................................................................

🗹 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

**7.2 *ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)***

🗹 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

**7.3 *กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ.* 2557)**

🗹 7.3.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

🗹 7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

🞎 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🗹 7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🞎 7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🞎 7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🞎 7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🞎 7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🞎 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🞎 7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................