แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม/ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ

**เรื่อง** โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้น ปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ 2567

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ

 ด้วย หน่วยงาน /องค์กร/กลุ่มคน / กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ มีความประสงค์จะจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ 2567 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ เป็นเงิน **168,300** 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

 กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ จึงจัดทำโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ 2567 เพื่อ**เสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ**

**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. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จัดทำโครงการเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ
โดยมีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

 1) สำรวจ/ค้นหา/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
(Care manager) และหรือบุคลากรสาธารณสุข สำรวจตามรอบประเมินผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล
ของชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)
เพื่อจำแนกบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าคะแนนระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามดัชนี

-2-

 2) สรุปจำนวนกลุ่มเป้าหมาย/จำนวนชิ้น/จำนวนวัน ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย และจำนวนงบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนทั้งหมด

 2. ดำเนินการจัดหาและนำส่งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย พร้อมจัดทำหลักฐานการรับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่สนับสนุนให้กับกลุ่มเป้าหมาย

 3. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

 หมายเหตุ : รายละเอียดตามแนวทางการดำเนินงานโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

**3. กลุ่มเป้าหมาย**

 1. บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ตามผลการประเมินหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จำนวน 38 คน

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

 วันที่ 2 เดือน มีนาคม ถึงวันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2567 จำนวน 4 คน

 วันที่ 2 เดือน มีนาคม ถึงวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 34 คน

**5. สถานที่ดำเนินการ**

 เขตพื้นที่ตำบลปะเสยะวอ

**6. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปะเสยะวอ จำนวน **168,300** บาท รายละเอียด ดังนี้

1) ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เป็นเงิน 12,240 บาท

 (จำนวน 4 คน x ราคา 17 บาท/ชิ้น x จำนวน 3 ชิ้น/วัน x จำนวน 60 วัน )

1) ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เป็นเงิน 156,060 บาท

 (จำนวน 34 คน x ราคา 17 บาท/ชิ้น x จำนวน 3 ชิ้น/วัน x จำนวน 90 วัน )

 **รวมเป็นเงิน 168,300 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

 -3-

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ**

 🗹 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

**7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561ข้อ 10)**

 🗹 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)]

**7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2561)**

 🗹 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน.............................

 🗹 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน.............................

 🗹 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน.............................

(ลงชื่อ)....................................................ผู้เสนอโครงการ

 (นางมาริณี บูละ)

 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

 (ลงชื่อ)....................................................ผู้เห็นชอบโครงการ

 (นางมารานี ดาโอะ)

 รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทน

 ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

 (ลงชื่อ)....................................................ผู้อนุมัติโครงการ

 (นายอาหะมะ บูละ)

 นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปะเสยะวอ

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................
ครั้งที่ ........... / 25…………… เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ................................. บาท

 เพราะ .............................................................................................................................................

 .............................................................................................................................................

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ .........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)**

* หลังจากดำเนินโครงการแล้วเสร็จ

 ..........................................................................................................................

 ลงชื่อ ..........................................................

 (นายอาหะมะ บูละ)

 ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนฯ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

 ................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ..................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ..........................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ..........................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

ลงชื่อ......................................................ผู้รายงาน

  (.........................................................)

 ตำแหน่ง .....................................................................

 วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................