**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพละหาร**

**เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ตำบลละหาร**

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ละหาร**

 **ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ..ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปตำบลละหาร** **มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** โครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ตำบลละหาร **ในปีงบประมาณ 2563 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลละหาร เป็นเงิน** 32,200 **บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้**

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

# หลักการและเหตุผล

 พื้นที่ตำบลละหารมีจำนวนบ้านในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมด 1,940 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งหมด 8,311 คน มีผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องมีผู้ดูแลจำนวน.8 คน ซึ่งผู้ดูแลประจำส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง และมีจำนวน 42 ..คน ไม่มีผู้ดูแลอยู่ประจำบางครั้งถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง จึงทำให้ผู้พิการและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด แผลกดทับ เป็นต้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว **ศูนย์บริการคนพิการทั่วไปตำบลละหาร** เห็น ความสำคัญ

จึงจัดให้มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้พิการและผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง หรือในบางรายอาจจะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประกอบอาชีพโดยตนเองได้ตามศักยภาพในที่สุด

# 1. วัตถุประสงค์

# 1.1 เพื่อให้ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพที่ถูกต้องโดยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัว/ชุมชน

# 1.2 เพื่อให้ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

 **กลุ่มเป้าหมาย**

 1.3 ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตำบลละหารจำนวน.50.คน

#  ตัวชี้วัด

* 1. ร้อยละ 100 ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลละหาร.ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ
	2. ร้อยละ 100. ผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

**2. วิธีการดำเนินงาน**

2.1 สำรวจข้อมูลสภาพปัญหาความต้องการของผู้พิการด้านการเคลื่อนไหวและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

2.2 รับสมัครสมาชิกครอบครัวกลุ่มเป้าหมายหรือจิตอาสาในชุมชนที่เป็นผู้ดูแล

2.3 จัดอบรมฝึกทักษะผู้ดูแล จำนวน 100 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 2563 ( เริ่ม เดือนสิงหาคม 2563 ถึง เดือนกันยายน 2563 )

**4. สถานที่ดำเนินการ**

 ชุมชนและเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ตำบลละหาร

**5. งบประมาณ**

 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลละหาร จำนวน 32,200บาท

สำหรับดำเนินการ กิจกรรม/บริการและค่าใช้จ่ายดังนี้

- กิจกรรมสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 50 คนๆละ.100 บาท

 เป็นเงิน5,000บาท

- กิจกรรมอบรมฝึกทักษะผู้ดูแล จำนวน100 คน หลักสูตร 2 วัน คนละ 200 บาท เป็นเงิน 20,000 บาท

- ค่าตอบแทนวิทยากร 2 คนๆละ 6 ชมๆละ 600 บาท เป็นเงิน 7,200 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.

 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

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

 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

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

 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) ................................................................................................................

 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) .................................................................................................................

 7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ ............................................................... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 (นางนัจมีย์ ดารายีสาฮอ)

ตำแหน่ง

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

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

 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 32,200... บาท

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

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

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

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

 (นายอับดุลลาตีฟ ดารายีสาฮอ)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลละหาร

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

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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ปีงบประมาณ 2563

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ......32,200.................. บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง .......32,200…....................... บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

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