แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมขอรับการสนับสนุนงบประมาณ
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา
เรื่อง ขอเสนอแผนงานการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

โครงการ/กิจกรรม : โครงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชน "ศูนย์สร้างสุขชุมชน"
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... ประจำปี ๒๕๖๒

เรียน ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา

ด้วยหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ศูนย์สร้างสุขชุมชน.....ได้ร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....และโรงพยาบาล.....มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม : โครงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชนของศูนย์สร้างสุขชุมชน.....ตำบล..... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา เป็นเงิน.....บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมลงรายละเอียด)

๑. **<u>แผนยุทธศาสตร์</u>**

การป้องกันและลดความพิการหรือลดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดการพึ่งตนเองนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์

๒. **<u>กลยุทธ์</u>**

การพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและในครอบครัวหรือการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนเป็นฐาน Community Base Rehabilitation : CBR สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพข้อที่ ๓

๓. **<u>หลักการและเหตุผล</u>**

ด้วยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล /เทศบาล..... กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..... อำเภอ..... จังหวัดสงขลา ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดของหน่วยบริการจังหวัดสงขลา พ.ศ. ๒๕๖๒ ดำเนินการจัดตั้ง "ศูนย์สร้างสุขชุมชน" เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่กลุ่มเป้าหมายของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและในครอบครัว โดยศูนย์สร้างสุขชุมชนได้คัดเลือกผู้มีจิตอาสาในพื้นที่ จำนวน ๔๐ คน เข้ารับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สร้างสุขชุมชน ปี ๒๕๖๒ และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา ได้ประกาศขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชน (อาสาสมัครศูนย์สร้างสุขชุมชน)

เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์สร้างสุขชุมชน มีการดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมายของการจัดตั้งศูนย์และวัตถุประสงค์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ศูนย์สร้างสุขชุมชน) จึงได้จัดทำโครงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชน "ศูนย์สร้างสุขชุมชน" เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็น

/ต่อสุขภาพ...

ต่อสุขภาพในชุมชน เสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อนำไปเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการและจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพตามกลุ่มเป้าหมายของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ทั้งนี้เป็นการดำเนินงานภายใต้แนวทางและหลักเกณฑ์ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพได้กำหนดไว้

๔. <u>วัตถุประสงค์</u>

๑. เพื่อขยายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไปสู่ชุมชน พัฒนาศูนย์สร้างสุขชุมชนเป็นศูนย์กลางในการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่คนพิการ ผู้สูงอายุผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ให้ได้รับบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีมาตรฐาน

๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ผู้สูงอายุผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในระดับชุมชนและในครอบครัว แบบมีส่วนร่วมและสร้างความเข้มแข็งในการช่วยเหลือกันในชุมชนได้อย่างดี

๕.<u>เป้าหมาย</u>

ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่ คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและครอบครัวให้สามารถเชื่อมโยงกับระบบบริหารของหน่วยบริการ สถานบริการอย่างทั่วถึงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สร้างสุขชุมชน

๖. <u>วิธีการดำเนินการ</u>

๑. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบเขตพื้นที่ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการ/เลขานุการกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการศูนย์สร้างสุขชุมชน ร่วมกันจัดทำโครงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชนระดับศูนย์สร้างสุขชุมชน ผ่านการกลั่นกรองของปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/ปลัดเทศบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เสนอให้นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรี ในฐานะประธานศูนย์สร้างสุขชุมชน ลงนามเป็นผู้เสนอโครงการ

๒. ศูนย์สร้างสุขชุมชน เสนอโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไป ที่รับผิดชอบเขตพื้นที่เพื่อพิจารณาตรวจสอบรับรอง และให้ความเห็นชอบโครงการ

๓. ศูนย์สร้างสุขชุมชน เสนอขออนุมัติโครงการต่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔. ศูนย์สร้างสุขชุมชน รับผิดชอบในการดำเนินงานให้เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรม แนวทางและหลักเกณฑ์ที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพกำหนดไว้

๕. อาสาสมัครศูนย์สร้างสุขชุมชน ปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวทางและหลักเกณฑ์ที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพกำหนดไว้

๖. อาสาสมัครศูนย์สร้างสุขชุมชนจัดทำบันทึกข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพภายใต้คำแนะนำกรรมการและผู้ช่วยเลานุการ โดยผ่านการตรวจสอบจากให้นักกายภาพบำบัด ซึ่งเป็นกรรมการและเลขานุการประเมินด้วยดัชนีชี้วัดสุขภาพของการให้บริการ จากนั้นส่งต่อให้เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล (กรรมการและเลขานุการ) ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของเอกสาร

๗. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะโอนเงินค่าใช้จ่ายให้ศูนย์สร้างสุขชุมชนนำไปจ่ายเป็นค่าตอบแทนให้แก่อาสาสมัครศูนย์สร้างสุขชุมชนต่อไป การโอนเงินค่าใช้จ่ายเป็นไปตามกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพกำหนด

๗. <u>พื้นที่ดำเนินการ</u>

ศูนย์สร้างสุขชุมชน.....รับผิดชอบเขตพื้นที่ของ อบต./เทศบาล..... อำเภอ.....จังหวัดสงขลา (โปรดระบุหมู่บ้าน/ชุมชน ให้ชัดเจน สำหรับชื่อศูนย์สร้างสุขชุมชนให้ระบุเพียงชื่อพื้นที่ตั้งเท่านั้นไม่ต้องระบุคำว่าตำบลหรือ อบต. หรือเทศบาล)

/๑.บ้าน.....

๑. บ้าน..... หมู่ที่.....ตำบล.....
๒. บ้าน..... หมู่ที่.....ตำบล.....
๓. บ้าน..... หมู่ที่.....ตำบล.....

๘. <u>ข้อมูลประกอบการดำเนินงานศูนย์สร้างสุขชุมชน</u>

๘.๑ รายชื่ออาสาสมัครประจำศูนย์สร้างสุขชุมชน (หมอสร้างสุข)

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	เลขบัตรประชาชน	หมายเหตุ

ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนด้วย

๘.๒ ตารางปฏิบัติงานของศูนย์สร้างสุขชุมชนแต่ละสัปดาห์ / เดือน

วัน	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ

๘.๓ ข้อมูลผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมาย

หมู่ที่	บ้าน	จำนวนประชากร (คน)		จำนวนคนพิการแกตามประเภทความพิการ (คน)								จำนวนผู้ป่วย Subacute (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการฟื้นฟู (คน)	หมายเหตุ
		ชาย	หญิง	ป๑	ป ๒	ป ๓	ป ๔	ป ๕	ป ๖	ป ๗	ซ้ำซ้อน			
รวม														

*** หมายเหตุ ๑. การจัดทำข้อมูลอาจพิมพ์ในเอกสารแนบได้
๒. จำนวนคนพิการให้จำแนกตามประเภทความพิการ (ถ้ามี)

๘.๔ แผนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและครอบครัว (CBR Plan)

วัน	รูปแบบกิจกรรม	จำนวนเคส	เวลา	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ

/*** ระบุให้ชัดเจน....

*** ระบุให้ชัดเจนว่าจะมอบให้หมอสร้างสุขรับผิดชอบดำเนินงานอะไรบ้าง ให้บริการรูปแบบไหน กี่เคส วัน เวลาไหน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลให้แจ้งกองทุนทราบเป็นปัจจุบันด้วย

๙. <u>ระยะเวลาดำเนินการ</u>

นับตั้งแต่วันที่โอนเงินงบประมาณสนับสนุนเป็นต้นไป จนกว่ากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจะประกาศยกเลิกการดำเนินงานศูนย์สร้างสุขชุมชน

๑๐. <u>งบประมาณ</u>

๑. จากงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา โดยจ่ายตามการให้บริการและจัดกิจกรรมของศูนย์สร้างสุขชุมชนที่กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพประกาศกำหนดไว้

๒. จากกองทุนหลักประกันสุขภาพพื้นที่หรือท้องถิ่น ที่ศูนย์สร้างสุขชุมชนขอรับการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ซ้ำซ้อนกับเงินของกองทุนฯ

๑๑. <u>การติดตามและประเมินผลโครงการ</u>

๑. ประเมินด้วยดัชนีชี้วัดสุขภาพ โดยทีมงานนักกายภาพบำบัด

๒. ติดตามและประเมินผลตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดโดยทีมงานอนุกรรมการด้านการพัฒนาระบบบริการ/ชุมชนของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๑๒. <u>ผลที่คาดว่าจะได้รับ</u>

๑. ศูนย์สามารถลดความรุนแรงและชะลอภาวะแทรกซ้อนของอาการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยได้
๒. ศูนย์สามารถขยายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไปสู่ชุมชน
๓. ศูนย์สามารถลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาแก่ผู้ป่วยได้
๔. ศูนย์สามารถตอบสนองความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการศูนย์สร้างสุขชุมชนได้
๕. ศูนย์สามารถดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและสร้างความเข้มแข็งในการช่วยเหลือกันในชุมชนได้อย่างดี

๑๓. <u>องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</u>

๑. อาสาสมัครศูนย์สร้างสุขชุมชนและชุมชน/หมู่บ้าน/ตำบล.....
๒. องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.....
๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.).....และภาคีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
๔. องค์กรคนพิการ/ผู้สูงอายุ และองค์กรประชาชนอื่นๆ ในพื้นที่ (ถ้ามี) เช่น ชมรมผู้สูงอายุ/ คนพิการ อพม. อพมก. อช. กองทุนสวัสดิการสังคมในตำบล กองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น
๕. โรงพยาบาล.....

/๑๔. ผู้จัด.....

๑๔. <u>ผู้จัดทำและรับผิดชอบโครงการ</u>

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล.....
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.....
กรรมการ/ผู้ช่วยเลขานุการ

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าหน้าที่ อบต./เทศบาล.....
กรรมการ/เลขานุการ

(ลงชื่อ).....
(.....)
นักกายภาพบำบัดโรงพยาบาล.....
กรรมการ/เลขานุการ

๑๕. <u>ผู้กลั่นกรองโครงการ</u>

(ลงชื่อ).....
(.....)
ปลัด อบต./เทศบาล.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผอ.รพ.สต.....

๑๗. <u>ผู้เสนอโครงการ</u>

(ลงชื่อ).....
(.....)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/นายกเทศมนตรี.....

๑๘. <u>ผู้เห็นชอบโครงการ</u>

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

๑๙. <u>ผู้อนุมัติโครงการ</u>

(ลงชื่อ).....

ประธานกรรมการบริหารกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสงขลา