



คู่มือ

กองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง



สารบัญคู่มือ

กองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง



ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. 2569

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. 2569

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย - เอกสารแนบท้าย (1)

การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, การสนับสนุนการป้องกันโรค, การสนับสนุนการรักษาพยาบาล ระดับปฐมภูมิเชิงรุก

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย - เอกสารแนบท้าย (2)

โครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย - เอกสารแนบท้าย (3)

โครงการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย - เอกสารแนบท้าย (4)

โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย - เอกสารแนบท้าย (5)

โครงการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย - เอกสารแนบท้าย (6)

การสนับสนุนและส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และงานวิชาการ

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย - เอกสารแนบท้าย (7)

โครงการเตรียมความพร้อมและรับมือโรคติดต่อ หรือภัยธรรมชาติ หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และสังคม

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2569

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง



ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรจัดทำแนวทางบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เพื่อให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงให้มีความสอดคล้องกับบริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

อาศัยอำนาจตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๓) ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๙ จึงออกระเบียบไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ผลใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศใช้ระเบียบนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๒

(๒) ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนโครงการขอรับงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๘

(๓) ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ คำนิยาม

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล เมืองพัทยาตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง แต่ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

“ประธานกรรมการกองทุน” หมายความว่า นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

“การจัดบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขในชุมชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต นอกเหนือจากการจัดบริการปกติของหน่วยบริการ

“การสร้าง...

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพทางกายและจิตใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

“การป้องกันโรค” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค และการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรค

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพหรือความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น โดยอาศัยกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การจัดหาและสนับสนุนกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

“การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก” หมายความว่า การจัดบริการหรือการจัดกิจกรรมสาธารณสุข ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเบื้องต้นในชุมชน และนอกเหนือจากการจัดบริการปกติของหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการมากขึ้น

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่ไม่ได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่ไม่ได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“องค์กรหรือกลุ่มประชาชน” หมายความว่า องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน หรือบุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้ จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนการบริหารจัดการกองทุนประจำปี ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด และให้หมายความรวมถึงกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด แล้วเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทราบ

(๒) พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด และให้หมายความรวมถึงกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ หรือ กิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เทียบเคียงตามระเบียบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องหรือที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

(๓) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุน ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

(๔) สนับสนุน...

(๔) สนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(๕) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและการดำเนินงานที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กร หรือกลุ่มประชาชน

(๖) พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุน

(๗) แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย และให้นำประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๐ มาบังคับใช้กับการประชุมของ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน โดยอนุโลม

ข้อ ๖ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ไม่เป็นการซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้พิจารณาดำเนินงานในเขตจังหวัด ดังนี้

(๑) ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือ

(๒) ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด ที่มุ่งต่อประโยชน์ของท้องถิ่นหรือประชาชนเป็นส่วนรวม และไม่เข้าไปดำเนินงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง หรือ

(๓) ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป หรือ

(๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน

ข้อ ๗ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ให้ใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองอนุมัติ ดังต่อไปนี้

(๑) สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคล สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กร หรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น

(๒) สนับสนุนและส่งเสริมโครงการด้านพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และวิชาการของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อให้การบริการสาธารณสุขและการแก้ปัญหาสุขภาพ ด้านอื่นๆ ที่จำเป็นในพื้นที่ให้มีศักยภาพและเข้มแข็งมากขึ้น

(๓) สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อเตรียมความพร้อมและรับมือกับโรคติดต่อ หรือภัยธรรมชาติ หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและสังคม ที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน หรือโครงการ ในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหรือพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงิน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกัน สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๗ (๑) และข้อ ๗ (๒) ในแต่ละปีงบประมาณนั้น และกรณีมี ความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์หรือจัดจ้างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุน ให้สนับสนุนได้ ในวงเงินตามความจำเป็น และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น

(๕) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขอื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติมอบหมาย

(๖) ทั้งนี้ เงินกองทุนที่ได้รับการอนุมัติ หากต้องจัดหาครุภัณฑ์เพื่อจัดบริการสาธารณสุข ให้กับบุคคล คณะกรรมการกองทุนอาจพิจารณาสนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น เว้นแต่กรณีองค์กร หรือกลุ่มประชาชนอาจสนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกินสองหมื่นบาทต่อโครงการตามความจำเป็นและเหมาะสม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินของหน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับการสนับสนุน

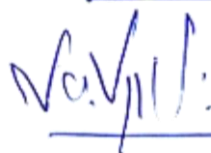
(๗) การพิจารณาเงินกองทุน คณะกรรมการกองทุนสามารถเชิญผู้แทนหน่วยงานหรือบุคคลต่างๆ ทั้งในภาครัฐบาลและภาคประชาสังคม มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นประกอบการพิจารณาของ คณะกรรมการกองทุนได้

ข้อ ๘ การรายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานโครงการที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน หลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบรายงานความก้าวหน้าให้คณะกรรมการ กองทุน หลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ทราบ

ข้อ ๙ วิธีการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี และการรายงานของกองทุน ให้เป็นไป ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

ข้อ ๑๐ ให้ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายปิยะ ปิตุเตชะ)

ประธานกรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง



ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรจัดทำแนวทางบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เพื่อให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงให้มีความสอดคล้องกับบริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

อาศัยอำนาจตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ และข้อ ๒๑ (๓) ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ครั้งที่ ๒/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ จึงออกระเบียบไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนโครงการรองรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศใช้ระเบียบนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๓

(๒) ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนโครงการรองรับงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๘

(๓) ระเบียบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้อ ๔ ในระเบียบนี้

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล เมืองพัทยาตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งแต่ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

“ประธานคณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

“การจัดบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขในชุมชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต นอกเหนือจากการจัดบริการปกติของหน่วยบริการ

“การสร้างเสริม...

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย และจิตใจ ที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

“การป้องกันโรค” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค และการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว รวมถึงการจัดกระบวนการ หรือกิจกรรม เพื่อการป้องกันโรค

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพหรือ ความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น โดยอาศัยกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การจัดหาและสนับสนุนกายอุปกรณ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

“การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก” หมายความว่า การจัดบริการหรือการจัดกิจกรรม สาธารณสุข ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเบื้องต้นในชุมชน และนอกเหนือจากการจัดบริการปกติของ หน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการมากขึ้น

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่ไม่ได้ เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่มีได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“องค์กรหรือกลุ่มประชาชน” หมายความว่า องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน หรือ บุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ ๕ คนขึ้นไป ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช้เป็นการแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้ จะเป็นนิติบุคคล หรือไม่ก็ได้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุน ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจัดสรรแต่ละปีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองในจำนวนที่ไม่น้อยกว่าที่ได้รับจัดสรรจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ การสมทบเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้ดำเนินการโดยเร็ว เมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็นให้สมทบได้ไม่เกินปีงบประมาณที่สำนักงานจ่ายเงินสนับสนุน

(๓) เงินสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์หรือภารกิจที่สอดคล้องกับกองทุน โดยความ เห็นชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงาน

(๔) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุน

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

๖.๑ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เป็น การซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้พิจารณาดำเนินงานในเขตจังหวัดระยอง ดังนี้

(๑) ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือ
(๒) ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
ที่มุ่งต่อประโยชน์ของท้องถิ่นหรือประชาชนเป็นส่วนรวม และไม่เข้าไปดำเนินงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
ในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง หรือ

(๓) ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยว
ต่อเนื่องหรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป หรือ

(๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน

๖.๒ เงินกองทุนตามข้อ ๕ (๑) (๒) (๔) ให้ใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติดังต่อไปนี้

**๖.๒.๑ สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคล
สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ** ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือ
กลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุขและการ
แก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น ดังนี้

**(๑) การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล
ระดับปฐมภูมิเชิงรุก :** หน่วยงานสามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

๑.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สามารถขอรับ
งบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ตามที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

๑.๒ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็น
เหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๓ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถขอรับ
งบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๑.๔ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น และองค์กร
หรือกลุ่มประชาชน สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องจัดโครงการ เกินวงเงินที่กำหนดให้
คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยมีหลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไป
ตามเอกสารแนบท้าย (๑) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไข
การสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๔

(๒) การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒.๑ โครงการศูนย์สาธิตและยิมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่บ้าน : หน่วยงานสามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน
๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องจัดโครงการ เกินวงเงินที่กำหนดให้ คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยมีหลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตาม เอกสารแนบท้าย (๒) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๒.๒ โครงการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ :
หน่วยงานสามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

- องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

- องค์กรหรือกลุ่มประชาชน สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

ทั้งนี้ กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องจัดโครงการ เกินวงเงินที่กำหนดให้ คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยมีหลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตาม เอกสารแนบท้าย (๓) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๒.๓ โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ :
หน่วยงานสามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณ ดังนี้

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาทต่อหลัง

ทั้งนี้ กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยฯ เกินวงเงินที่กำหนด ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเป็นรายบุคคล ตามความจำเป็นและเหมาะสมอย่างคุ้มค่า หลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตาม เอกสารแนบท้าย (๔) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๒.๔ โครงการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน : มีหลักเกณฑ์การสนับสนุน ดังนี้

(๑) หน่วยงานที่สามารถขอรับงบประมาณ

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม โดยลักษณะการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการ หรือมีการให้บริการในลักษณะภาพรวมของหลายตำบลที่มีพื้นที่คาบเกี่ยวกัน

(๒) หลักการจัดตั้งศูนย์

๒.๑ มีการบูรณาการของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดตั้ง “ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน” มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชน ตามแบบเสนอโครงการฯ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด โดยมีประชาชนจิตอาสาที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

๒.๒ การเตรียมความพร้อมในการจัดตั้งศูนย์ ดังนี้

๑) ด้านบุคลากร : ต้องมีการแต่งตั้ง “คณะกรรมการบริหารศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน”

๒) ด้านสถานที่ : ต้องเข้าถึงง่ายสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เช่น หน่วยบริการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น เป็นต้น

๓) ด้านระบบบริหารจัดการ : ต้องมีระบบการยืม-คืนอุปกรณ์และระบบทะเบียนข้อมูลคนพิการ/ผู้สูงอายุ (Database)

(๓) งบประมาณสนับสนุน

๓.๑ ค่าจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๓.๒ ค่าตอบแทนนักร่างกายภาพบำบัด และนักจัดกิจกรรมบำบัด หลักเกณฑ์ตามระเบียบราชการกำหนด

๓.๓ ค่าตอบแทนอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น/หน่วยงานสาธารณสุข/หน่วยบริการ/สถานบริการ เป็นผู้คัดเลือก Case ทั้งนี้ สามารถขอรับงบประมาณ ในวงเงินไม่เกิน ๗,๐๐๐ บาท/เดือน/ศูนย์ เป็นเงิน ๘๔,๐๐๐ บาทต่อปี ดังนี้

- ให้บริการไม่น้อยกว่า ๔๕ นาที/Case
- อัตราค่าตอบแทน ๑๐๐ บาท/ครั้ง/Case
- เบิกจ่ายไม่เกิน ๑๕ ครั้ง/Case/เดือน
- เบิกจ่ายไม่เกิน ๗,๐๐๐ บาท/เดือน/ศูนย์

ทั้งนี้ งบประมาณต้องไม่ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยมีหลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย (๕) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๒.๒.๒ การสนับสนุนและส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และงานวิชาการ

เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมโครงการด้านพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และวิชาการขององค์กรบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อให้การบริการสาธารณสุขและการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นในพื้นที่ให้มีศักยภาพและเข้มแข็งมากขึ้น

(๑) โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาสาสมัคร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ: มีหลักเกณฑ์การสนับสนุน ดังนี้

๑.๑ ขอบเขตกิจกรรมที่ให้การสนับสนุน เช่น

- การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ๗๐ ชั่วโมง/๔๒๐ ชั่วโมง
- หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง
- การอบรมฟื้นฟูความรู้ (Refresher Course) ประจำปีสำหรับ CM/CG/อสม.

- การอบรมช่างชุมชน เพื่อซ่อมแซมกายอุปกรณ์หรือปรับสภาพบ้าน
- การอบรมทักษะเฉพาะทาง เช่น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การทำกายภาพ

บำบัดเบื้องต้น

ทั้งนี้ การพัฒนาศักยภาพด้านอื่น ๆ สามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณา และต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง โดยไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๔

๑.๒ หน่วยงานที่สามารถขอรับประมาณ ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม และจัดในหน่วยงานราชการ และอัตราค่าใช้จ่ายตามที่ระเบียบราชการกำหนด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตาม เอกสารแนบท้าย (๖) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๔

๖.๒.๓ การสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมเตรียมความพร้อมและรับมือโรคติดต่อ ภัยธรรมชาติ และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อเตรียมความพร้อมและรับมือกับโรคติดต่อ หรือภัยธรรมชาติ หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและสังคมที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่

(๑) โครงการเตรียมความพร้อมและรับมือโรคติดต่อ ภัยธรรมชาติ และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์สนับสนุนงบประมาณกองทุนดังนี้

๑.๑ หลักเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

- ความจำเป็นเร่งด่วน เป็นปัญหาที่หากไม่ดำเนินการจะเกิดความเสียหายต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง
- สถานการณ์จริง มีข้อมูลทางระบาดวิทยา มีการประกาศแจ้งเตือนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรองรับ
- หน่วยงานที่เสนอโครงการต้องมีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินงานทันที
- ไม่ซ้ำซ้อน ต้องตรวจสอบว่าไม่ซ้ำซ้อนกับงบประมาณปกติ หรืองบประมาณช่วยเหลือภัยพิบัติกรณีฉุกเฉินของจังหวัด

๑.๒ ขอบเขตการสนับสนุน

- ค่าวัสดุ เวชภัณฑ์ สารเคมีกำจัดเชื้อ/แมลง อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)

วัสดุวิทยาศาสตร์

- ค่าใช้สอย...

- ค่าใช้สอย ค่าจ้างเหมารถ/เรือ ค่าอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง

- ค่าตอบแทนวิทยากร หรือค่าป่วยการตามระเบียบ

- ข้อจำกัด ไม่สนับสนุนค่าครุภัณฑ์ขนาดใหญ่ (ยกเว้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนฯ)

๑.๓ หน่วยงานที่สามารถขอรับประมาณ ดังนี้

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม และจัดในหน่วยงานราชการ และอัตราค่าใช้จ่ายตามที่ระเบียบราชการกำหนด

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตาม เอกสารแนบท้าย (๗) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๖.๒.๔ การสนับสนุนและส่งเสริมแผนงานบริหารจัดการและพัฒนาาระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน หรือโครงการ ในการบริหารหรือพัฒนากองทุน หรือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้มีประสิทธิภาพให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงิน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๗ (๑) และ ๗ (๒) ในแต่ละปีงบประมาณนั้น และกรณีมีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์หรือจัดจ้างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุน ให้สนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น โดยมีหลักเกณฑ์สนับสนุนงบประมาณกองทุน ดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายบริหารจัดการกองทุน

- ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการ/อนุกรรมการ/คณะทำงาน
- ค่าวัสดุสำนักงาน
- ค่าประชาสัมพันธ์กิจการของกองทุน
- ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดอื่นๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม

(๒) การพัฒนาศักยภาพ

- โครงการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน

และภาคีเครือข่ายกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

(๓) ด้านครุภัณฑ์และบุคลากร

- การจัดซื้อครุภัณฑ์สำนักงานที่จำเป็น
- การจ้างเหมาบริการเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล หรือผู้ช่วยเลขานุการกองทุน

(๔) ฝ้ายเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองสามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพ
จังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง
พ.ศ. ๒๕๖๙

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายปิยะ ปิตุเตชะ)

ประธานกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

**หลักเกณฑ์และเงื่อนไข
การสนับสนุนงบประมาณ
กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง
พ.ศ. 2569**



เอกสารแนบท้าย (๑)

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย ที่สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น (ตามประกาศ ข้อ ๑๑ (๑)) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มีแนวทางดังนี้

๑. ประเภทการสนับสนุน

- ๑.๑ การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๑.๒ การสนับสนุนการป้องกันโรค
- ๑.๓ การสนับสนุนการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก

๒. หน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

๒.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ตามที่คณะกรรมการกองทุนพิจารณาอนุมัติ

๒.๒ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๓ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

๒.๔ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรหรือกลุ่มประชาชน สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ

(๑) กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องจัดโครงการ เกินวงเงินที่กำหนด ให้คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม

(๒) กรณีหน่วยงานมีความประสงค์จะขอรับสนับสนุนงบประมาณครั้งถัดไป หน่วยงานนั้นๆ จะต้องส่งรายงานผลการดำเนินโครงการฯ ที่ได้รับการอนุมัติแล้ว มายังกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ให้เรียบร้อยก่อนจะยื่นขอรับงบประมาณครั้งถัดไป

๓. อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

ลำดับ	ประเภท/รายการ	หน่วย	ราคากลางต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
๑	อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม			
	๑.๑ ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (รัฐบาล)	คน	ไม่เกิน ๓๕ บาท	
	๑.๒ ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (เอกชน)	คน	ไม่เกิน ๕๐ บาท	
๒	อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม			
	๒.๑ ค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม (รัฐบาล)	คน	ไม่เกิน ๘๐ บาท	
	๒.๒ ค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม (เอกชน)	คน	ไม่เกิน ๒๕๐ บาท	
๓	อัตราการเบิกจ่ายค่าสมนาคุณวิทยากร			
	๓.๑ วิทยากร (รัฐบาล)	ชั่วโมง	ไม่เกิน ๖๐๐ บาท	
	๓.๒ วิทยากร (เอกชน)	ชั่วโมง	ไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท	
๔	อัตราค่าวัสดุ วัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์		ตามความจำเป็น เหมาะสม	
๕	อื่น ๆ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์		ตามความจำเป็น เหมาะสม	

๔. การรายงานผล

๔.๑ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด

๔.๒ รายละเอียดค่าใช้จ่าย (รายรับ-รายจ่าย)

๔.๓ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เช่น หนังสือเชิญวิทยากร, หนังสือตอบรับจากวิทยากร, ใบสำคัญรับเงินค่าวิทยากร, แนวนโยบายบัตรประจำตัวประชาชน, การจัดซื้อจัดจ้าง, ใบสำคัญรับเงิน, ใบเสร็จรับเงิน, ใบส่งของ, สำเนาบัตรประจำตัวหรือเอกสารของผู้รับเงิน (เอกสารร้านค้า) เป็นต้น

๔.๔ เอกสารใบลงทะเบียน ผู้เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม

๔.๕ ภาพถ่ายกิจกรรม เช่น รูปพิธีเปิด, วิทยากรบรรยาย, รูปป้ายโครงการ, รูปผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด, รูปกิจกรรมออกเยี่ยม, รูปกิจกรรมรณรงค์, รูปอาหารว่างเช้า-บ่ายและรูปอาหารกลางวัน, รูปในโครงการ/กิจกรรมจะต้องเป็นรูปปัจจุบันเท่านั้น ไม่น้อยกว่า ๑๐ ภาพ

๔.๖ อื่น ๆ เช่น แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม แบบประเมินคะแนน (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มโครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง (โครงการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๒) ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ “ให้พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑

จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

.....

๒. ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

.....

๓. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

สถานการณ์ของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ขนาดของปัญหาสุขภาพในพื้นที่

.....

จึงมีความจำเป็นต้องจัดแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม.....ให้แก่ (กลุ่มเป้าหมาย) จำนวน.....คน
เพื่อ

๔. วัตถุประสงค์ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไร เพื่อประโยชน์ของประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฯ)

๑.....

๒.....

๕. กลุ่มเป้าหมาย

.....

๖. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับหลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

๑.....

๒.....

๗. ระยะเวลาดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....

๘. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....

๙. งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการ)

ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จำนวนเงิน.....บาท (.....)

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด)

๑.....

๒.....

๑๑. คำรับรอง...

๑๑. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ในฐานะของผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

ขอรับรองว่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ที่เสนอ

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ในครั้งนี้

☐ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และเพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ให้พิจารณาดำเนินงาน ดังนี้

☐ ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

☐ ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง

☐ ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการแทน

☐ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และตามระเบียบระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๑๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล:.....ตำแหน่ง:.....

สถานที่ติดต่อ:.....โทรศัพท์:.....E-mail:.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ประธานอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

หมายเหตุ : ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

(แบบประมาณการค่าใช้จ่าย)
รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		
๑๑		
๑๒		
๑๓		
๑๔		
๑๕		
รวม		

(ตัวหนังสือ) (.....)

หมายเหตุ ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องแสดงรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และความจำเป็นเหมาะสมในการใช้งบประมาณกองทุน

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนฯ :.....

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณโครงการที่ได้รับ.....บาท (.....)

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท (.....)

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (.....) (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เลขที่...../วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน.....ฉบับ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตพื้นที่อย่างไร)

.....
.....

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน

☐ ภาพถ่าย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ลงนามไม่น้อยกว่า จำนวน ๓ คน



เอกสารแนบท้าย (๒)

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย ที่สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น (ตามประกาศ ข้อ ๑๑ (๑)) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มีแนวทางดังนี้

๑. ประเภทการสนับสนุนการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- โครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

๒. หน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ

(๑) กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องจัดโครงการ เกินวงเงินที่กำหนด ให้คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม

(๒) กรณีหน่วยงานมีความประสงค์จะขอรับสนับสนุนงบประมาณครั้งถัดไป หน่วยงานนั้นๆ จะต้องส่งรายงานผลการดำเนินโครงการฯ ที่ได้รับการอนุมัติแล้ว มายังกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ให้เรียบร้อยก่อนจะยื่นขอรับงบประมาณครั้งถัดไป

๓. กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ

- ๓.๑ คนพิการ
- ๓.๒ ผู้สูงอายุ
- ๓.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care: IMC)
- ๓.๔ ผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care)
- ๓.๕ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

หมายเหตุ : กลุ่มเป้าหมายต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรืออาศัยในจังหวัดระยอง ต้องได้รับการประเมินความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ตามวินิจฉัยของแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลวิชาชีพ (Care Manager)

๔. การประเมินและคัดกรอง

คุณสมบัติผู้เยี่ยม

- (๑) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรืออาศัยในพื้นที่จังหวัดระยอง
- (๒) มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลวิชาชีพ (Care Manager)
- (๓) ผู้เยี่ยมหรือญาติยินยอมปฏิบัติตามระเบียบของศูนย์ฯ

๕. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๕.๑ การจัดตั้งและจัดหา

- (๑) หน่วยงานเสนอโครงการศูนย์สาธิตและเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง
- (๒) เมื่อได้รับอนุมัติ ดำเนินการจัดซื้อและลงทะเบียนครุภัณฑ์ (ทำทะเบียนคุมทรัพย์สินให้ชัดเจน)

๕.๒ การให้บริการเยี่ยม

- (๑) ประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยตามวินิจฉัยของแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลวิชาชีพ (Care Manager)
- (๒) ทำสัญญาผู้ป่วย/ญาติ ยินบัตรประชาชน ทำสัญญาการเยี่ยม (MOU) จะต้องมีการมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดระยอง และผู้เยี่ยมหรือญาติยินยอมปฏิบัติตามระเบียบของศูนย์สาธิตฯ
- (๓) ส่งมอบ/สอน/สาธิต อุปกรณ์
- (๔) ต้องส่งคืนเมื่อ: ผู้ป่วยเสียชีวิต, หายป่วย/เลิกใช้, ย้ายภูมิลำเนา, หรือทำผิดเงื่อนไข

๕.๓ การติดตาม

- (๑) เจ้าหน้าที่หรือ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน ดูสภาพการใช้งานอุปกรณ์และอาการผู้ป่วย
- (๒) หากอุปกรณ์ชำรุด ให้แจ้งศูนย์เพื่อนำกลับมาซ่อมแซม

๕.๔ การรับคืนและฟื้นฟูสภาพ

- (๑) เมื่อนำส่งคืน ให้ศูนย์ฯ ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์
- (๒) ทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อ ต้องผ่านกระบวนการทำความสะอาดตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ
- (๓) หากชำรุด ให้ดำเนินการซ่อมแซมให้พร้อมการใช้งาน
- (๔) นำเข้าระบบ ลงบันทึกรับคืน และเตรียมพร้อมให้รายต่อไปเยี่ยม

๕.๕ การบริหารจัดการทรัพย์สินของศูนย์สาธิตฯ

- (๑) ทะเบียนคุม ศูนย์เยี่ยม - คิน ต้องจัดทำทะเบียนคุมรายการอุปกรณ์ทั้งหมด (สถานะ: วาง, ถูกเยี่ยม, ส่งซ่อม, จำหน่ายออก)
- (๒) ความเป็นเจ้าของ ให้ถือว่าอุปกรณ์ที่จัดซื้อเป็นทรัพย์สินของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ แต่ต้องใช้เพื่อวัตถุประสงค์สาธารณะตามโครงการเท่านั้น
- (๓) การโอนย้ายครุภัณฑ์ กรณีเยี่ยมนอกเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ให้ดำเนินการโอนย้ายครุภัณฑ์ตามระเบียบพัสดุไปยังพื้นที่นั้น เพื่อกำกับติดตามการใช้งานของครุภัณฑ์นั้น และรายงานให้กองทุนฯ ทราบ
- (๔) การจำหน่าย กรณีอุปกรณ์ชำรุดจนไม่สามารถซ่อมแซมได้ ให้ดำเนินการจำหน่ายออกจากบัญชีตามระเบียบพัสดุ และรายงานให้กองทุนฯ ทราบ

- (๕) ศูนย์เยี่ยม - คื่น รายงานสถานการณ์หมุนเวียนอุปกรณ (จำนวนผู้เยี่ยม, จำนวนอุปกรณคงเหลือ) ให้กองทุนฯ ทราบ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
- (๖) คณะกรรมการกองทุนฯ ลงพื้นที่สุ่มตรวจเยี่ยมศูนย์ เพื่อดูความพร้อมของสถานที่ของการจัดเก็บอุปกรณ
- (๗) ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และความคุ้มค่าของงบประมาณ (Cost-Benefit Analysis) เทียบกับการที่ผู้ป่วยต้องซื้อเอง

๖. การรายงานผล

- ๖.๑ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด
- ๖.๒ รายละเอียดค่าใช้จ่าย (รายรับ-รายจ่าย)
- ๖.๓ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง, ใบเสนอราคาพร้อมคู่เทียบ, ใบสำคัญรับเงิน, ใบเสร็จรับเงิน, ใบส่งของ, สำเนาบัตรประจำตัวหรือเอกสารของผู้รับเงิน (เอกสารร้านค้า) เป็นต้น
- ๖.๔ ภาพถ่ายกิจกรรม เช่น รูปป้ายโครงการ, รูปกิจกรรมมอบอุปกรณ/ออกเยี่ยมบ้าน, รูปในโครงการ/กิจกรรมจะต้องเป็นรูปปัจจุบันเท่านั้น ไม่น้อยกว่า ๑๐ ภาพ
- ๖.๕ รายงานสถานะรายการอุปกรณเครื่องช่วยความพิการ (คงเหลือ) ตามแบบฟอร์มและเงื่อนไขที่กองทุนฯ กำหนด
- ๖.๖ อื่นๆ เช่น แบบประเมินความพึงพอใจ (ถ้ามี)

๗. ประเภทและรายการอุปกรณเครื่องช่วยความพิการ ที่สามารถขอรับการสนับสนุน มีดังนี้

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
๑	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม	ลักษณะ: ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้น ส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียม ไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน: ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๖๕๐
๒	ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา	ลักษณะ: ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้น ส่วนค้ำยันทำจากอลูมิเนียม ความหนาของอลูมิเนียม ไม่ต่ำกว่า ๑.๒ มม. มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน: ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๖๐๐

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
๓	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้	ลักษณะ: ไม้เท้าก้านยาวทำจากวัสดุโลหะ อลูมิเนียม หรือสแตนเลส สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการทางการมองเห็น อายุการใช้งาน: ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	อันละ	๕๐๐
๔	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้	ลักษณะ: ไม้ค้ำยันความสูงจากระดับรักแร้ถึงพื้น ส่วนค้ำยันทำจากไม้ มีที่มือจับอยู่ระหว่างกลาง มีลูกยางกันลื่น ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการที่สามารถเดินได้ แต่มีข้อห้ามในการลงน้ำหนักที่ขาข้างใดข้างหนึ่งหรือมีอาการขาอ่อนแรง หรือมีการทรงตัวขณะเดินไม่ดี อายุการใช้งาน: ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	คู่ละ	๓๕๐
๕	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้	ลักษณะ: เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่นที่ผ่านกระบวนการชุบ หรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้และสามารถปรับส่วนต่างๆ ให้เข้ากับขนาดร่างกายของผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการ โดยนั่งรถคนพิการที่ได้ต้องปรับให้เหมาะสมกับความพิการนั้น อายุการใช้งาน: ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	คันละ	๖,๖๐๐ (ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน)
๖	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้	ลักษณะ: เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ด้วยล้อ มีโครงสร้างหลักผลิตจากโลหะสแตนเลส อลูมิเนียม อัลลอยด์หรือโลหะอื่น ที่ผ่านกระบวนการชุบหรือพ่นสี สามารถพับเก็บได้ ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการที่ไม่สามารถเดินได้ อายุการใช้งาน: ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	คันละ	๔,๔๐๐ (ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน)
๗	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ	ลักษณะ: ทำจากวัสดุชนิดที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า poly urethane foam, gel cushion, water cushion หรือชนิด air cushion ที่มีลักษณะนุ่ม สามารถกระจายน้ำหนัก ข้อบ่งชี้: ใช้สำหรับคนพิการที่ต้องนั่งรถคนพิการ แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อายุการใช้งาน: ๑ ปี	อันละ	๘๐๐
๘	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ	ลักษณะ: เป็นอุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนที่ในระยะไกล โครงสร้างหลักทำด้วยเหล็กชุบสี หรือโลหะอื่นที่มีความแข็งแรงมั่นคง ขับเคลื่อนโดยการควบคุมก้านโยก ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการที่ทรงตัวในท่านั่งได้ดี แขน ๒ ข้างปกติ และสามารถออกนอกบ้าน เพื่อการเข้าสู่สังคมหรือการประกอบอาชีพ อายุการใช้งาน: ๓ ปี	คันละ	๖,๐๐๐ (ราคานี้รวมค่าบริการซ่อมบำรุงพื้นฐานและวัสดุตามอายุการใช้งาน)

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
๙	แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาต	ลักษณะ: เป็นแผ่นสำหรับรองบนที่นอน ทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติไม่ต่ำกว่า poly urethane foam, gel, water, air สามารถกระจายแรงกดทับได้ดี และสามารถรองรับร่างกายผู้ใช้งานได้ ข้อบ่งชี้: สำหรับคนพิการระดับรุนแรง หรือนอนติดเตียงไม่สามารถพลิกตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอนเองได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อายุการใช้งาน: ๑ ปี	อันละ	๑,๐๐๐
๑๐	เตียงฝึกยืนสำหรับเด็ก	ลักษณะ: สำหรับเด็กสมองพิการ (Cerebral Palsy: C.P.) กลุ่มอาการผู้ป่วยเด็กที่มีความพิการอย่างถาวรของสมอง ความพิการนี้จะคงที่และไม่ลุกลามต่อไป ซึ่งมีผลให้การประสานงานของการทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง ส่งผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและการทรงท่าที่ผิดปกติ ข้อบ่งชี้: สำหรับผู้ป่วยที่สามารถยืน เดินได้ด้วยตนเอง ผู้ที่นอนติดเตียงเป็นเวลานาน ผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อขาหดสั้นยืดออกได้ไม่สุดช่วงการเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู อายุการใช้งาน: ๑๐ ปี	เตียงละ	๒๕,๐๐๐
๑๑	รถเข็นแบบชนิดเบา	ลักษณะ: เป็นรถเข็นนั่งสำหรับผู้พิการ บาดเจ็บไขสันหลัง ตั้งแต่หน้าอกลงไปที่มีช่วงขายาว ผู้ป่วยขาอ่อนแรง ๒ ขา ข้อบ่งชี้: ผู้พิการ บาดเจ็บไขสันหลัง ตั้งแต่หน้าอกลงไปที่มีช่วงขายาว ผู้ป่วยขาอ่อนแรง ๒ ขา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถยืนเดินได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู อายุการใช้งาน: ๘ ปี	อันละ	๒๐,๐๐๐
๑๒	รถเข็นนั่งปรับเอนได้	ลักษณะ: รถเข็นผู้ป่วยปรับเอนได้ เหมาะสำหรับผู้พิการตั้งแต่กำเนิด การเดินหรือเคลื่อนย้ายทำได้ลำบาก จะมีที่รองถ่ายให้ในตัว สะดวกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อบ่งชี้: ผู้ป่วยที่มีขาพิการทั้ง ๒ ข้าง พิการตั้งแต่กำเนิดเดินไม่ได้ เท้าทั้ง ๒ ผิดรูป เป็นผู้ป่วยที่ต้องกลืนการรักษาและใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รวมถึงการบำบัดสภาพจิตใจในขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสู่โลกภายนอก อายุการใช้งาน: ๘ ปี	อันละ	๒๐,๐๐๐

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
๑๓	ที่นอนลมแบบลอน (ใหญ่)	ลักษณะ: สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้ที่ต้องการนอนนาน ๆ นอนตลอดเวลา นอนเป็นส่วนใหญ่ ลดอาการมีแผลกดทับ ทำให้สบายตัว ที่นอนลมจะช่วยกระจายน้ำหนักของร่างกายผู้ที่นอน มิให้น้ำหนักกดลงเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง ข้อบ่งชี้: ให้สำหรับป้องกันแผลกดทับจากการนอนของผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟู อายุการใช้งาน: ๓ ปี	อันละ	๖,๙๐๐
๑๔	ที่นอนลมแบบรังผึ้ง	ลักษณะ: ช่วยสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการนอนนาน ๆ ลดแรงกดทับ และกระจายแรงกดทับไปทั่วร่างกาย ลดแรงเสียดสีระหว่างที่นอนและผิของของผู้ป่วย อันจะช่วยลดสาเหตุของการเกิดแผลกดทับในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับแล้ว ข้อบ่งชี้: ใช้ป้องกันแผลกดทับจากการนอนของคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟู อายุการใช้งาน: ๓ ปี	อันละ	๖,๙๐๐
๑๕	เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ	ลักษณะ: ช่วยกระจายแรงกดทับ ทำให้แรงกระทำบริเวณกันผู้ป่วยในระหว่างนั่งเกิดการกระจายตัว ลดปัญหาแรงที่กดทับบริเวณจุดใดจุดหนึ่งมากเกินไป ส่งผลให้เกิดแผลกดทับ ข้อบ่งชี้: สำหรับผู้พิการที่ต้องนั่งรถเข็น นั่งเก้าอี้ เป็นเวลานานๆ ลดภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย อายุการใช้งาน: ๕ ปี	อันละ	๑๕,๐๐๐
๑๖	ที่นั่งสำหรับถ่ายและอาบน้ำได้	ลักษณะ: สำหรับคนพิการนั่งสำหรับถ่ายและอาบน้ำ และเหมาะสำหรับคนพิการครึ่งท่อนหรือคนพิการขาขาด ๒ ข้าง และผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการนั่งอาบน้ำ ข้อบ่งชี้: ผู้ป่วยพิการขาขาดทั้งสองข้าง ไม่มีขาเทียม ข้อเข่ายึดติดกัน อัมพาตท่อนล่าง จำเป็นต้องใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อายุการใช้งาน: ๕ ปี	อันละ	๕,๐๐๐
๑๗	Push up box	ลักษณะ: เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนให้แข็งแรง ข้อบ่งชี้: ผู้พิการ และผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตที่ขาทั้งสองข้าง อายุการใช้งาน: - ปี	ชุดละ	๓,๐๐๐

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
๑๘	เครื่องผลิตออกซิเจน ขนาด ๕ ลิตร	ลักษณะ: เป็นเครื่องผลิตออกซิเจนที่แยกออกซิเจนออกจากอากาศในห้อง สำหรับใช้งานที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการหายใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาพร่องออกซิเจนต่ำกว่า ร้อยละ ๙๕ เมื่อหายใจ room air ข้อบ่งชี้: มีภาวะปอดแฟบ มะเร็งปอด มะเร็งที่คอ หลอดโป่งพอง หอบหืด และมีปัญหาปอดในการหายใจไม่รุนแรงมากนัก อายุการใช้งาน: ๕ ปี	อันละ	๒๐,๐๐๐
๑๙	เครื่องผลิตออกซิเจน ขนาด ๑๐ ลิตร	ลักษณะ: เป็นเครื่องผลิตออกซิเจนที่แยกออกซิเจนออกจากอากาศในห้อง สำหรับใช้งานที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการหายใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหา ข้อบ่งชี้: ผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่ปอด อาทิ เช่น มะเร็งหลอดอาหารแพร่กระจายไปที่ปอด มีภาวะปอดแฟบ มะเร็งปอด มะเร็งที่คอ หรือมีลักษณะที่แสดงอาการเหนื่อยตลอดเวลา ต้องใช้ยาพ่นช่วย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย อายุการใช้งาน: ๕ ปี	อันละ	๓๕,๐๐๐
๒๐	เครื่องดูดเสมหะ (SUCTION)	ลักษณะ: เป็นเครื่องดูดเสมหะชนิดหัว ตัวเครื่อง น้ำหนักรวมไม่เกิน ๑๘ ปอนด์หรือ ๘ กิโลกรัม Compressor เป็นชนิด Diaphragm Rotary หรือ Piston มีมาตรวัดความดัน ได้ตั้งแต่ ๐-๐.๘ บาร์ หรือไม่น้อยกว่า ๐-๕๖๐ มิลลิเมตรปรอท (mmHg) มีปั๊มปรับแรงดูด สามารถปรับสูงสุดได้ ๕๖๐ มิลลิเมตรปรอท มีขวดบรรจุเสมหะและระบบป้องกันเสมหะในขวดล้นเข้าเครื่อง ข้อบ่งชี้: เพื่อกำจัดเสมหะในหลอดลมผู้ป่วยที่ไม่สามารถกำจัดออกไปเองได้ด้วยการไอ และมีเสมหะปริมาณมาก ลักษณะเสมหะเหนียว อายุการใช้งาน: - ปี	เครื่องละ	๑๑,๘๐๐
๒๑	ไม้เท้า ๑ ปุ่ม	ลักษณะ: เป็นไม้เท้าปุ่มเดียววัสดุทำจากอลูมิเนียม มีน้ำหนักเบา สามารถปรับระดับสูงต่ำได้ ๗๑-๙๔ เซนติเมตร ด้ามจับหุ้มด้วยยางเพื่อกันลื่น ส่วนปลายหุ้มด้วยจุกยางที่สามารถถอดเปลี่ยนได้ ข้อบ่งชี้: เป็นอุปกรณ์เสริมช่วยเพิ่มความมั่นคงในขณะยืน เดิน ป้องกันการล้ม เหมาะสำหรับผู้ป่วยอ่อนแรงครึ่งซีกหรือครึ่งท่อน ผู้ที่มีกำลังขาอ่อนแรง อายุการใช้งาน: - ปี	อันละ	๑๙๐

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย	ราคาไม่เกิน (บาท)
๒๒	เตียงผู้ป่วยสามไกรรราวสไลด์ พร้อมเบาะและเสาน้ำเกลือ	ลักษณะ: เป็นเตียงผู้ป่วยชนิดทำงานด้วยระบบมือหมุน สามารถควบคุมการปรับท่าต่าง ๆ ของเตียงด้วยระบบหมุนที่ปลายเตียง พนักหัวเตียงและท้ายเตียง สามารถถอดประกอบได้สะดวก มีที่กันชนทุกมุมทั้งเตียงและท้ายเตียง ช่วยป้องกันไม่ให้เตียงเสียหายจากการชนกระแทก รวมกันข้างเตียงเป็นอลูมิเนียม หรือวัสดุใกล้เคียง หรือดีกว่าแบบสไลด์ขึ้น - ลง มีปุ่มล็อค และมีเสาน้ำเกลือสามารถติดตั้งที่มุมเตียงได้ทั้ง ๔ ด้าน ข้อบ่งชี้: ให้เป็นเตียงนอนสำหรับผู้ป่วย หรืออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวันแก่ผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย อายุการใช้งาน: - ปี	เตียงละ	๒๗,๐๐๐
๒๓	เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Walker)	ลักษณะ: ทำจากอลูมิเนียม มีขา ๔ ขา น้ำหนักเบา แข็งแรง ทนทาน สามารถรับน้ำหนักได้ดี ปลอกมือจับทำด้วยพลาสติกหรือยาง ที่แน่นกระชับกับโครง ไม่เลื่อนหลุดง่าย มีลูกยางคุณภาพดีที่มีความเหนียว ยืดหยุ่นไม่ฉีกขาดง่ายสามที่ปลายฐานสัมผัสพื้น ข้อบ่งชี้: ให้กับผู้ที่มีปัญหาการทรงตัวไม่ดี ผู้ที่ขาอ่อนแรงหรือทรงตัวขณะเดินไม่ได้ เพื่อค้ำยันพยุงขาและลำตัว เพิ่มความมั่นคงในขณะยืน เดิน ป้องกันการล้ม อายุการใช้งาน: - ปี	อันละ	๗๐๐
๒๔	เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (Walker) แบบพับได้	ลักษณะ: ทำจากอลูมิเนียม หรือวัสดุใกล้เคียง หรือดีกว่า มีขา ๔ ขา สามารถพับได้ น้ำหนักเบา แข็งแรง ทนทาน สามารถรับน้ำหนักได้ดี ปลอกมือจับทำด้วยพลาสติกหรือยาง ที่แน่นกระชับกับโครงไม่เลื่อนหลุดง่าย มีลูกยางคุณภาพดีที่มีความเหนียวยืดหยุ่นไม่ฉีกขาดง่ายสามที่ปลายฐานสัมผัสพื้น ข้อบ่งชี้: ให้กับผู้ที่มีปัญหาการทรงตัวไม่ดี ผู้ที่ขาอ่อนแรงหรือทรงตัวขณะเดินไม่ได้ เพื่อค้ำยันพยุงขาและลำตัว เพิ่มความมั่นคงในขณะยืน เดิน ป้องกันการล้ม อายุการใช้งาน: - ปี	อันละ	๒,๐๐๐
๒๕	รายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ อื่นๆ สามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณได้ โดยให้คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม			

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มโครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง (โครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๒) ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ “ให้พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคล สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑

จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

๒. ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

๓. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ) เช่น

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนในสังคมไทยประกอบกับ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมักตามมาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาการอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต ทำให้มีความพิการตามมา

จากการศึกษาข้อมูลย้อนกลับและแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของจังหวัดระยอง พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในปี เพิ่มขึ้นร้อยละ ของจำนวนประชากรทั้งหมดยังไม่รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มผู้มีความเหล่านี้นี้มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิต ทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาวโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากมีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการและความยุ่งยากที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง หรือแม้แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอ.....ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อย ปัญหาสำคัญจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ มีสาเหตุ ปัจจัยดังนี้

๑. ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดเพิ่มขึ้น แต่เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

๒. โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน แต่ยังขาดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันหรือผู้ป่วย Subacute ในชุมชน

๓. ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพมีปัญหาด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง

ปัจจุบันอำเภอ/เทศบาล/อบต.....จังหวัดระยอง ทำงานเชื่อมโยงกับ..... มีประชากรในพื้นที่รวมทั้งสิ้น จำนวน.....คน ดังนี้

(๑) คนพิการ จำนวน.....คน

(๒) ผู้สูงอายุ จำนวน.....คน

(๓) ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (IMC) จำนวน.....คน

(๔) ผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) จำนวน.....คน

(๕) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน.....คน

ซึ่งกลุ่มคน...

ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มักมีความจำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ แต่เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาแพงประกอบกับผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้งานที่ถูกต้อง

จากที่ผ่านมา(ชื่อหน่วยงาน) เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาแล้ว จำนวน ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. เป็นเงิน.....บาท (ว/ด/ป ตามที่ลงนามใน MOU)

ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. เป็นเงิน.....บาท (ว/ด/ป ตามที่ลงนามใน MOU)

ครั้งที่ ๓ เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. เป็นเงิน.....บาท (ว/ด/ป ตามที่ลงนามใน MOU)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท โดย (ชื่อหน่วยงาน) ได้จัดทำทะเบียนคุมการเบิกจ่ายพร้อมข้อมูลผู้ที่ได้รับอุปกรณ์ฯ เรียบร้อย ตามเอกสารที่แนบท้ายโครงการนี้ แต่เนื่องจากอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการยังไม่เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้น จึงจัดทำโครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประจำปีงบประมาณ.....เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม และให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ผู้ป่วยระยะท้าย และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

๔.๒ เพื่อให้บริการสาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการกับกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถใช้ฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านได้

๔.๓ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

๕. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัด ที่มีฐานะยากจน ด้อยโอกาส และแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

๖. วิธีการดำเนินงาน

๖.๑ สำนักรวจำนวนคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่..... และประเมินภาวะความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

๖.๒ จัดทำโครงการฯ เสนอกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

๖.๓ ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ฯให้ถูกต้องตามระเบียบ

๖.๔ จัดทำทะเบียนคุมอุปกรณ์ฯ

๖.๕ ให้บริการยืมแก่กลุ่มเป้าหมาย

๖.๖ ติดตามเยี่ยมบ้าน ดูสภาพการใช้งานอุปกรณ์และอาการของผู้ป่วย ในกรณีผู้รับบริการเสียชีวิต หรือไม่มี ความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ ให้ญาติหรือผู้ดูแลส่งคืนอุปกรณ์

๖.๗ รับคืนและฟื้นฟูสภาพของอุปกรณ์ โดยทำการตรวจสอบสภาพเมื่อได้รับส่งคืน โดยต้องผ่านกระบวนการทำความสะอาดตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อ และนำเข้าสู่ระบบ ลงบันทึกรับคืน และเตรียมพร้อมให้บริการรายต่อไป

๖.๘ รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ทราบ

๖.๙ รายงานสถานการณ์หมุนเวียนอุปกรณ์ (จำนวนผู้ยืม, จำนวนอุปกรณ์คงเหลือ) ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ทราบ

๗. ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. เป็นต้นไป

๘. สถานที่ดำเนินการ

ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๙. งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการ)

ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จำนวนเงิน.....บาท (.....)
รายละเอียดค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๐.๑ หน่วยบริการได้พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล

๑๐.๒ กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการยืมกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

๑๐.๓ ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือการบำบัดรักษา ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

๑๑. คำรับรองความซื่อสัตย์ของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....ในฐานะของผู้เสนอ
แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....
ขอรับรองว่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ที่เสนอขอรับการ
สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ในครั้งนี้

☐ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และเพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ให้พิจารณาดำเนินงาน ดังนี้

☐ ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
☐ ดำเนินงานที่ ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง

☐ ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง
หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน
☐ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๔ และตามระเบียบระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๔

๑๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล:.....ตำแหน่ง:.....
สถานที่ติดต่อ:.....
โทรศัพท์:E-mail:

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

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

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

หมายเหตุ: ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

(แบบประมาณการค่าใช้จ่าย)
รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	จำนวนเงิน (บาท)
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			
๑๐			
๑๑			
๑๒			
๑๓			
๑๔			
๑๕			
รวม			

(ตัวหนังสือ) (.....)

หมายเหตุ ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องแสดงรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และความจำเป็นเหมาะสมในการใช้งบประมาณกองทุน

ข้อมูลคลังอุปกรณ์ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

โรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ข้อมูล ณ วันที่

ลำดับ	รายการ	จำนวนรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ		
		ปีงบประมาณ		
		๒๕๖๔ - ๒๕๖๕		๒๕๖๔
		รายการทั้งหมด	รายการคงเหลือในหน่วยบริการ	รายการที่ขอรับเพิ่ม
๑	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบลูมิเนียม			
๒	ไม้เท้าลูมิเนียมแบบสามขา			
๓	ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้			
๔	ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้			
๕	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบ ปรับให้เหมาะสมกับความพิการได้			
๖	รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้			
๗	เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ			
๘	รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ			
๙	แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม			
๑๐	เตียงฝึกยืนสำหรับเด็ก			
๑๑	รถเข็นแบบชนิดเบา			
๑๒	รถเข็นนั่งปรับเอนได้			
๑๓	ที่นอนลมแบบลอน (ใหญ่)			
๑๔	ที่นอนลมแบบรังผึ้ง			
๑๕	เบาะรองนั่งป้องกันแผลกดทับ			
๑๖	ที่นั่งสำหรับถ่ายและอาบน้ำได้			
๑๗	Push up box			
๑๘	เครื่องผลิตออกซิเจน ขนาด ๕ ลิตร			
๑๙	เครื่องผลิตออกซิเจน ขนาด ๑๐ ลิตร			
๒๐	เครื่องดูดเสมหะ (SUCTION)			
๒๑	ไม้เท้า ๑ ปุ่ม			
๒๒	เตียงผู้ป่วยสามล้อราวสไลด์พร้อมเบาะและเสาน้ำเกลือ			
๒๓	เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (WALKER)			
๒๔	เครื่องช่วยเดินชนิด ๔ ขา (WALKER) แบบพับได้			
X	เตียงผู้ป่วยเฟวเลอร์แบบ ๓ โก (แบบ ก)			
X	เตียงผู้ป่วยเฟวเลอร์แบบ ๒ โก (แบบ ข)			
X	เตียงผู้ป่วยปรับด้วยไฟฟ้า			
X	เตียงผู้ป่วยสามล้อราวปีนกพร้อมเบาะและเสาน้ำเกลือ			
X	เตียงฝึกยืนสำหรับผู้ใหญ่			

รายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
โครงการศูนย์สาธิตและนิมออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน
โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () ด้านล่างนี้

- () การขอรับงบประมาณกองทุนฯ ครั้งนี้ ยังไม่มีรายชื่อผู้ป่วย
- () การขอรับงบประมาณกองทุนฯ ครั้งนี้ มีรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ตามตารางข้างล่างนี้

[illegible]

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนฯ :

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณโครงการที่ได้รับ.....บาท (.....)

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท (.....)

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (.....) (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เลขที่...../วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่นจำนวน.....ฉบับ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตพื้นที่อย่างไร)

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน

☐ ภาพถ่าย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....



เอกสารแนบท้าย (๓)

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย ที่สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์การหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น (ตามประกาศ ข้อ ๑๑(๑)) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มีแนวทาง ดังนี้

๑. ประเภทการสนับสนุน

การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- โครงการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

๒. หน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

- องค์การบริหารส่วนจังหวัด และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๓๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

- องค์การหรือกลุ่มประชาชน สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

หมายเหตุ

(๑) กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องจัดโครงการ เกินวงเงินที่กำหนด ให้คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม

(๒) กรณีหน่วยงานมีความประสงค์จะขอรับสนับสนุนงบประมาณครั้งถัดไป หน่วยงานนั้นๆ จะต้องส่งรายงานผลการดำเนินโครงการฯ ที่ได้รับการอนุมัติแล้ว มายังกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ให้เรียบร้อยก่อนจะยื่นของบประมาณครั้งถัดไป

๓. กลุ่มเป้าหมาย

๓.๑ คนพิการ

๓.๒ ผู้สูงอายุ

๓.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care: IMC)

๓.๔ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู

๓.๕ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

หมายเหตุ: กลุ่มเป้าหมายต้องมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน หรืออาศัยในจังหวัดระยอง ต้องได้รับการประเมินความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ตามวินิจฉัยของแพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือพยาบาลวิชาชีพ (Care Manager)

๔. หลักเกณฑ์อัตราค่าใช้จ่าย

กรณีซ่อมแซม ให้สนับสนุนงบประมาณโดยใช้อัตราความสำคัญ ดังนี้

๔.๑ ให้ใช้ราคาท้องตลาดโดยประหยัด (สืบราคาอย่างน้อย ๓ ราย)

๔.๒ ค่าซ่อมแซมรวมค่าแรงและค่าอะไหล่ ไม่ควรเกินร้อยละ ๖๐-๗๐ ของราคาจัดซื้อใหม่

๔.๓ กรณีดัดแปลง/ทำรายละเอียด ให้พิจารณาตามต้นทุนวัสดุและค่าแรงตามความเหมาะสม โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการกองทุนฯ และคณะกรรมการกองทุนฯ

๕. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๕.๑ การประเมินและคัดกรอง

(๑) ผู้ดำเนินการ: แพทย์ นักกายภาพบำบัด หรือทีมสหวิชาชีพ

(๒) การปฏิบัติ ตรวจสอบผู้ป่วย และระบุชนิดของอุปกรณ์ที่จำเป็น หรือระบุส่วนที่ต้องซ่อมแซม/ดัดแปลงลงใน “แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)” หรือใบสั่งการรักษา

๕.๒ การเสนอโครงการขอสนับสนุน

(๑) กรณีรายบุคคล รพ./รพ.สต. รวบรวมรายชื่อและความต้องการ (ซ่อม)

(๒) การแนบเอกสาร

- โครงการ (ตามแบบฟอร์มที่กำหนด)

- รายละเอียดคุณลักษณะ (Spec) และราคา (ปร.๔ หรือใบเสนอราคา)

- แผนการดูแลรายบุคคล (กรณีระบุตัวผู้รับชัดเจน)

๕.๓ การพิจารณาอนุมัติ

(๑) คณะอนุกรรมการกองทุนฯ ตรวจสอบและกลั่นกรองความถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด

(๒) คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง อนุมัติโครงการฯ

๕.๔ การดำเนินการซ่อมแซม

(๑) หน่วยงานที่ได้รับการอนุมัติโครงการ ดำเนินการตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ

๕.๕ การส่งมอบผลการดำเนินงาน

(๑) รายงานฉบับสมบูรณ์ ส่งภายใน ๓๐ วัน หลังสิ้นสุดโครงการ

- รายงานผลการดำเนินงาน

- รายงานรับ-จ่ายเงิน (พร้อมหลักฐานสำเนาใบเสร็จรับเงิน)

- ภาพประกอบการดำเนินโครงการ/ภาพอุปกรณ์

- การซ่อมแซมของเดิม ควรถ่ายรูปสภาพ “ก่อนซ่อม”, “ระหว่างซ่อม” และ “หลังซ่อม” ไว้ทุกครั้ง เพื่อใช้ประกอบหลักฐานการเบิกจ่ายว่าได้ดำเนินการจริง

๖. การรายงานผล...

๖. การรายงานผล

๖.๑ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด

๖.๒ จัดทำทะเบียนคุมการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายสำหรับการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือการจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเป็นกรณีเฉพาะผู้พิการนั้นๆ

๖.๓ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง, ใบเสนอราคาพร้อมคู่เทียบ, ใบสำคัญรับเงิน, ใบเสร็จรับเงิน, ใบส่งของ, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือเอกสารของผู้รับเงิน (เอกสารร้านค้า) เป็นต้น

๖.๔ ภาพถ่ายกิจกรรม เช่น ป้ายโครงการ, การดำเนินโครงการ, อะไหล่/อุปกรณ์ในโครงการ, รูปภาพ “ก่อนซ่อม”, “ระหว่างซ่อม” และ “หลังซ่อม” จะต้องเป็นรูปปัจจุบันเท่านั้น ไม่น้อยกว่า ๑๐ ภาพ

๖.๕ กรอกข้อมูลรายการอะไหล่/อุปกรณ์ที่ได้จัดซื้อและคงเหลือ ในแบบฟอร์ม ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดระยองกำหนด อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปีงบประมาณ ให้กองทุนฯ ทราบ

๖.๖ อื่นๆ เช่น แบบประเมินความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มโครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง (โครงการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๒) ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ “ให้พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคล สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑

จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

๒. ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

๓. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นของโครงการ)

พื้นที่.....มีคนพิการ จำนวน.....คน ผู้สูงอายุ จำนวน.....คน ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care: IMC) จำนวน.....คน ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู จำนวน.....คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน.....คน ในจำนวนนี้มีผู้ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน.....คน หน่วยงาน.....ได้ศึกษาข้อมูลพบว่ากลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ ประสบปัญหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการชำรุด และไม่สามารถเข้าถึงบริการซ่อมแซมอุปกรณ์ได้ ทำให้การดำเนินกิจวัตรประจำวันมีความยากลำบาก เป็นผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนั้นเด็กพิการที่เป็นอัมพาตประสบปัญหาไม่สามารถนั่งเก้าอี้ล้อเข็นได้นาน เนื่องจากเก้าอี้ล้อเข็นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จำเป็นต้องปรับปรุงเก้าอี้ล้อเข็นให้เหมาะสม โดยการจัดปรับทำนั่ง ด้วยการเสริมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เบาะรองนั่ง เบาะพิงหลัง เบาะวางเท้า และถาดกิจกรรม ซึ่งทำให้เด็กพิการนั่งเก้าอี้ล้อเข็นได้ดีขึ้นและนานขึ้น อันส่งผลต่อสุขภาพ และพัฒนาการของเด็กพิการโดยตรง และยังลดปัญหาผลกตหับจากการนั่งนานโดยเฉพาะในเด็กนักเรียนที่พิการ

หน่วยงาน.....มีความสามารถในการซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ รวมถึงการดัดแปลงและจัดทำใหม่ โดยการสนับสนุนวิชาการจากช่างกายอุปกรณ์ นักกายภาพบำบัดและแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจากหน่วยบริการ/โรงพยาบาล.....จึงได้จัดทำโครงการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่ออำนวยความสะดวกการเข้าถึงบริการซ่อมแซม ดัดแปลง และจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของกลุ่มคนเหล่านี้ได้

จากข้อมูลที่ผ่านมา.....(ชื่อหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน)..... เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการดังกล่าว จำนวน.....ครั้ง เมื่อวันที่.....เป็นจำนวนเงิน.....บาท ในการจัดตั้งศูนย์ซ่อมฯ ที่ผ่านมามีการให้บริการในการซ่อมกลุ่มวีลแชร์ จำนวน.....คัน, กลุ่มเครื่องผลิตออกซิเจน จำนวน.....เครื่อง, กลุ่มที่นอนลม จำนวน.....อัน, กลุ่มเตียง จำนวน.....เตียง, กลุ่มเครื่องดูดเสมหะ จำนวน.....เครื่อง (ในกรณีมีการจัดตั้งศูนย์ซ่อมมากกว่า ๑ ปี ให้ใส่ข้อมูลให้ครบทุกปี) ทำให้มีแนวโน้มผู้มารับบริการซ่อมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ.....(ชื่อหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน)..... จึงจัดทำโครงการศูนย์ซ่อมสร้าง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ประจำปีงบประมาณ..... เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการซ่อมแซม การสร้าง หรือดัดแปลงอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้มีคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพใช้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

๔. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดประโยชน์อะไรต่อกลุ่มเป้าหมาย)

๔.๑ เพื่อบริการซ่อมบำรุง เปลี่ยนชิ้นส่วน อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ชำรุดของกลุ่มเป้าหมายได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๔.๒ เพื่อบริการดัดแปลง หรือจัดทำใหม่ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเป็นการเฉพาะ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความพิการแต่ละบุคคล

๔.๓

๕. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่..... จำนวน.....คน โดยมีรายการซ่อมบำรุง ดัดแปลงและจัดทำเฉพาะ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ดังนี้

๕.๑ ซ่อมบำรุง เปลี่ยนชิ้นส่วน อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน.....รายการ/ชิ้น

๕.๒ ดัดแปลง อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ จำนวน.....รายการ

๕.๓ จัดทำใหม่เฉพาะ ตามคำสั่งของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๖. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

๖.๑ ประชาสัมพันธ์โครงการฯ

๖.๒ สำรวจอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ชำรุดหรือเสื่อมสภาพในพื้นที่ความรับผิดชอบ

๖.๓ จัดทำโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

๖.๔ ดำเนินการซ่อมบำรุง เปลี่ยนชิ้นส่วน ดัดแปลง หรือจัดทำใหม่ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ

๖.๕ จัดทำทะเบียนคุมการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายสำหรับการซ่อม ดัดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือการจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเป็นกรณีเฉพาะผู้พิการนั้นๆ

๖.๖ รวบรวมข้อมูล จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน และรายงานสรุปผลการดำเนินงานการใช้จ่ายเงินส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

๗. ระยะเวลาในการดำเนินการ

ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. เป็นต้นไป

๘. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

หน่วยงาน.....

๙. งบประมาณ

ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จำนวนเงิน.....บาท (.....)

รายละเอียดค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

หมายเหตุ: แนบเอกสารให้ครบถ้วน เพื่อให้ประกอบการพิจารณา เช่น รายละเอียดคุณลักษณะ (Spec) ราคา (ปร.๔ หรือใบเสนอราคาอย่างน้อย ๓ ราย) และแผนการดูแลรายบุคคล (กรณีระบุตัวผู้รับชัดเจน) เป็นต้น

๑๐. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ที่มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในจังหวัดระยองที่ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ อย่างไร)

๑๐.๑ กลุ่มเป้าหมายได้รับการซ่อมบำรุง เปลี่ยนชิ้นส่วน อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ชำรุด

๑๐.๒ กลุ่มเป้าหมายได้รับการดัดแปลง หรือจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เป็นการเฉพาะ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพความพิการของแต่ละบุคคล

๑๐.๓

๑๑. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....ในฐานะของผู้เสนอ
แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....
ขอรับรองว่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ที่เสนอขอรับการ
สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ในครั้งนี้

☐ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และเพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่
ให้พิจารณาดำเนินงาน ดังนี้

☐ ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

☐ ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง

☐ ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง
หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการแทน

☐ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการและบริหารจัดการระบบหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และตามระเบียบระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง
เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๑๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล:.....ตำแหน่ง:.....

สถานที่ติดต่อ:..... โทรศัพท์:E-mail:

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ

(.....)

ประธานอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(.....)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

หมายเหตุ: ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องเขียน
โครงการให้ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

ผู้ช่วย/นายช่างโยธากองทุนฯ หรือผู้ช่วยหรือนายช่างโยธาของเทศบาล/อบต.
หรือบุคลากรที่มีองค์ความรู้ด้านงานโยธาของสถาบันการศึกษา

ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ

ภาพถ่ายระหว่างดำเนินการ

ภาพถ่ายหลังดำเนินการ

- หมายเหตุ** ๑. ผู้ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนฯ พิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และการใช้จ่ายเงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙
๒. ให้แนบเอกสารรายละเอียดคุณลักษณะ (Spec) และราคา (ปร.๔ หรือใบเสนอราคาอย่างน้อย ๓ ราย) เพื่อให้คณะกรรมการกองทุน และคณะกรรมการกองทุนฯ ใช้ประกอบการพิจารณา
๓. ให้แนบเอกสารแผนการดูแลรายบุคคล (กรณีระบุตัวผู้รับชัดเจน) เพื่อให้คณะกรรมการกองทุน และคณะกรรมการกองทุนฯ ใช้ประกอบการพิจารณา
๔. หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รับดำเนินการทำเล่มรายงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองทราบโดยทันที พร้อมภาพถ่าย “ก่อนซ่อม”, “ระหว่างซ่อม” และ “หลังซ่อม” ไว้ทุกครั้ง เพื่อใช้ประกอบหลักฐานการเบิกจ่ายว่าได้ดำเนินการจริง และแนบบแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่ออุปกรณ์ที่ได้รับ

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนฯ :.....

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณโครงการที่ได้รับ.....บาท (.....)

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท (.....)

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (.....) (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เลขที่...../วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน.....ฉบับ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตพื้นที่อย่างไร)

.....
.....

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน

☐ ภาพถ่าย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง)
(.....)

ตำแหน่ง.....



เอกสารแนบท้าย (๔)

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย ที่สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์การหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น (ตามประกาศ ข้อ ๑๑ (๑)) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มีแนวทางดังนี้

๑. ประเภทการสนับสนุน

๑.๑ การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- โครงการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

๒. หน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๖๐,๐๐๐ บาทต่อหลัง

หมายเหตุ

๑. กรณีหน่วยงานมีความจำเป็นต้องปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยฯ เกินวงเงินที่กำหนด ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณาเป็นรายบุคคล ตามความจำเป็นและเหมาะสมอย่างคุ้มค่า

๒. เน้นใช้วัสดุที่คงทน หาได้ง่ายในท้องถิ่น และค่าแรงที่เหมาะสม

๓. กลุ่มเป้าหมาย

๓.๑ คนพิการ

๓.๒ ผู้สูงอายุ

๓.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care: IMC)

๓.๔ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๓.๕ ผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care)

๔. หลักเกณฑ์

๔.๑ หลักเกณฑ์การสนับสนุน

(๑) สภาพบ้าน ไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัยต่อการอยู่อาศัย หรือเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ เช่น ไม่มีทางลาด ห้องน้ำนึ่งยong และประตูแคบ เป็นต้น

(๒) กรรมสิทธิ์ เป็นที่อยู่อาศัยของตนเอง หรือหากเป็นของผู้อื่นต้องได้รับ หนังสือยินยอม จากเจ้าของกรรมสิทธิ์หรือเจ้าของที่ดินให้ดำเนินการปรับปรุงได้

(๓) ความเห็นทางวิชาการ ต้องผ่านการประเมินจากทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ว่ามีความจำเป็นต้องปรับปรุง

๔.๒ รายการที่ให้การสนับสนุน

- (๑) ห้องน้ำ เปลี่ยนส้วมซึมเป็นชักโครก/นั่งราด ติดตั้งราวจับ (Handrail) ปรับพื้นกันลื่น ขยายประตูห้องน้ำ
- (๒) ทางเข้า/ภายในบ้าน สร้างทางลาด (Ramp) อัตราส่วน ๑ : ๑๒ ติดตั้งราวจับทางเดิน ปรับระดับพื้นบ้านให้เรียบเสมอกัน
- (๓) ห้องนอน/ที่พัก ปรับความสูงเตียง ติดตั้งราวจับหัวเตียง ปรับแสงสว่างให้เพียงพอ

๕. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๕.๑ การค้นหาและยื่นคำขอ

- (๑) ผู้ดำเนินการ: อสม./Care Manager (CM), ผู้นำชุมชน, ผู้ป่วยหรือญาติแจ้งความประสงค์
- (๒) วิธีการ: สํารวจผู้ที่มีความยากลำบากในการอยู่อาศัย และยื่น “แบบคำขอรับการปรับสภาพแวดล้อม” ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ พร้อมแนบเอกสาร เช่น สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน ภาพถ่ายสภาพบ้านปัจจุบัน เป็นต้น

๕.๒ การประเมินและประมาณการ

- (๑) ประเมินทางกายภาพ (โดยสหวิชาชีพ) เพื่อประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) จุดเสี่ยงที่ต้องแก้ไข และสเปกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับร่างกายผู้ป่วย
- (๒) ประเมินทางช่าง (โดยช่าง) เพื่อวัดพื้นที่ คำนวณวัสดุ จัดทำ พร.๔ และเขียนแบบแปลนโดยสังเขป

๕.๓ การพิจารณาอนุมัติ

- (๑) คณะทำงานกองทุนฯ ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบ และกลั่นกรองความถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด
- (๒) คณะอนุกรรมการกองทุนฯ ตรวจสอบและกลั่นกรองความถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด
- (๓) คณะกรรมการกองทุนฯ อนุมัติโครงการฯ

๕.๔ การดำเนินการ

- (๑) หน่วยงานที่ได้รับการอนุมัติโครงการ ดำเนินการตามที่คณะกรรมการกองทุนฯ อนุมัติ

๕.๕ การส่งมอบและประเมินผล

- (๑) รายงานฉบับสมบูรณ์ ส่งภายใน ๓๐ วัน หลังสิ้นสุดโครงการ
 - รายงานผลการดำเนินงาน
 - รายงานรับ - จ่ายเงิน (พร้อมหลักฐานสำเนาใบเสร็จรับเงิน)
 - ภาพประกอบการดำเนินโครงการ/รูปภาพอุปกรณ์
 - ภาพถ่ายเปรียบเทียบ “ก่อนดำเนินการ” “ระหว่างดำเนินการ” และ “หลังดำเนินการ”
 - ติดตามดูว่าหลังปรับปรุงแล้ว ผู้ป่วยใช้ชีวิตดีขึ้นหรือไม่

๖. การรายงานผล

- ๖.๑ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด

๖.๒ รายละเอียดค่าใช้จ่าย (รายรับ-รายจ่าย)

๖.๓ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เช่น แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, การจัดซื้อจัดจ้าง,ใบสำคัญรับเงิน, ใบเสร็จรับเงิน, ใบส่งของ, สำเนาบัตรประจำตัวหรือเอกสารของผู้รับเงิน (เอกสารร้านค้า) เป็นต้น

๖.๔ เอกสารแบบคำขอรับการปรับสภาพแวดล้อม

๖.๕ ภาพถ่ายกิจกรรม เช่น รูปป้ายโครงการ, รูปถ่าย “ก่อนดำเนินการ” “ระหว่างดำเนินการ” และ “หลังดำเนินการ” ปรับสภาพแวดล้อม, รูปในโครงการ/กิจกรรมจะต้องเป็นรูปปัจจุบันเท่านั้น ไม่น้อยกว่า ๑๐ ภาพ

๖.๖ กรอกข้อมูลรายละเอียดผู้ได้รับงบประมาณ ในแบบฟอร์ม ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มโครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง (โครงการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๒)
ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ “ให้พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคล
สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ตามประกาศ
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑

จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

๒. ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

๓. หลักการและเหตุผล

ตามที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ลงวันที่
๖ มกราคม ๒๕๖๙ ประกอบกับพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ และที่แก้ไข
เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ มาตรา ๒๐ คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอัน
เป็นสาธารณะตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ (๑๐) การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การมีผู้ช่วยคน
พิการ หรือการจัดให้มีสวัสดิการอื่น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ และระเบียบ
คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่
อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ การมีผู้ช่วยคนพิการ การช่วยเหลือคนพิการที่ไม่มีผู้ดูแล และสิทธิของผู้ดูแลคนพิการ
พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดแนวทางการคุ้มครองสิทธิคนพิการ เกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ
ไว้ว่า การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ โดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วน
หรือทั้งหมด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวกและเหมาะสมกับ
สภาพความพิการรวมถึงความปลอดภัยและสุขอนามัย

เพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่มีความ
เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....จึงจัดทำโครงการ
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วย
ระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เข้าถึง
และใช้ประโยชน์

๔.๒ เพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

๔.๓ เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับการฟื้นฟูอย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถ
ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด

๕. กลุ่มเป้าหมาย

คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้อง
ได้รับการฟื้นฟู

๖. วิธีการ...

๖. วิธีการดำเนินการ

๖.๑ ขั้นตอนดำเนินการ

(๑) ประชาสัมพันธ์การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยฯ เพื่อเสนอโครงการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

(๒) เสนอโครงการฯ มายังกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

(๓) กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง รวบรวมโครงการเสนอคณะทำงานกองทุนฯ เพื่อลงพื้นที่ลงตรวจสอบข้อเท็จจริง และกลั่นกรองความถูกต้องตามระเบียบที่กำหนด เสนอคณะอนุกรรมการกองทุนฯ พิจารณากลั่นกรองโครงการฯ และเสนอคณะกรรมการกองทุนฯ อนุมัติต่อไป

(๔) กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง แจ้งผลการพิจารณาอนุมัติ เพื่อลงนามบันทึกข้อตกลงร่วมกัน และเบิกจ่ายงบประมาณให้ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

(๕) ดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามระเบียบฯ

(๖) รายงานผลการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยฯ ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองทราบ ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามข้อตกลง

๖.๒ รายละเอียดกิจกรรม

(๑) ห้องน้ำ เปลี่ยนส้วมซึมเป็นชักโครก/นั่งราด ติดตั้งราวจับ (Handrail) ปรับพื้นกันลื่น ขยายประตูห้องน้ำ

(๒) ทางเข้า/ภายในบ้าน สร้างทางลาด (Ramp) อัตราส่วน ๑:๑๒ ติดตั้งราวจับทางเดิน ปรับระดับพื้นบ้านให้เรียบเสมอกัน

(๓) ห้องนอน/ที่พัก ปรับความสูงเตียงนอน ติดตั้งราวจับหัวเตียง ปรับแสงสว่างให้เพียงพอ

๖.๓ แผนการดำเนินงาน/แผนการใช้จ่ายงบประมาณ

กิจกรรม	เป้าหมายการดำเนินงาน	แผนการดำเนินงาน
(ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาส ๑	
(ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาส ๒	
(เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาส ๓	
(ก.ค.-ก.ย.)	ไตรมาส ๔	

โครงการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ จำนวนบ้าน.....หลัง จำนวนเงิน.....บาท

๗. ระยะเวลาดำเนินการ (กำหนดระยะเวลาดำเนินการให้ครอบคลุมที่คาดว่าจะ ดำเนินการแล้วเสร็จ)

เช่น วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๘. งบประมาณ

ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จำนวนเงิน.....บาท (.....)

รายละเอียดค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๙. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๙.๑ ลดความเสี่ยงของอันตรายที่จะเกิดขึ้น และป้องกันความพิการซ้ำซ้อน

๙.๒ กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง

๙.๓ กลุ่มเป้าหมายสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น หรือเป็นภาระน้อยที่สุด

๑๐. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....ในฐานะของผู้เสนอ
แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....
ขอรับรองว่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ที่เสนอขอรับการ
สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ในครั้งนี้

☐ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และเพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ให้
พิจารณาดำเนินงาน ดังนี้

☐ ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

☐ ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง

☐ ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง
หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน

☐ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และตามระเบียบระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๑๑. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล: ตำแหน่ง:
สถานที่ติดต่อ: โทรศัพท์: E-mail:

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ประธานอนุกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ
(.....)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

หมายเหตุ: ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องเขียนโครงการให้
ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง
หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ
ท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย
รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

ผู้ประมาณการ.....ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

[illegible]

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)
 ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)



แบบคำขอให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

๒. เลขที่บัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□ กรณีไม่มีเนื่องจาก.....

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๔. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสแต่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่.....รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์ต่อ.....โทรสาร.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่ปัจจุบันเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ และข้ามไปกรอกข้อ ๗)

ชื่อสถานที่.....รหัสประจำบ้าน □□□□-□□□□□□-□

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....อบต./เทศบาล.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๗. สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ	เกี่ยวข้องกับ	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย

- ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน.....

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

- ☐ ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....

- ☐ ผู้สูงอายุ

- ☐ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน

- ☐ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑๐. ระดับการศึกษา

- ☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา

- ☐ ประถมศึกษา

- ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น

- ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย

- ☐ ปวช./เทียบเท่า

- ☐ ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า

- ☐ ปริญญาตรี

- ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

- ☐ อื่น (ระบุ).....

๑๑. อาชีพ

- ☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน

- ☐ นักเรียน/นักศึกษา

- ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

- ☐ ฝึกหัด/สามเณร/แม่ชี

- ☐ พนักงานบริษัท

- ☐ รับจ้าง

- ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

- ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

- ☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง)

- ☐ อื่นๆ ระบุ.....

๑๒. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

- ที่มาของรายได้ ☐ ด้วยตนเอง ☐ ผู้อื่นให้

๑๓. ชื่อที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๔. การได้รับความช่วยเหลือ / สวัสดิการ อุปกรณ์ / เครื่องช่วย ที่เคยได้รับ

๑.....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

๒.....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

๓.....จาก.....จำนวน.....ชิ้น

๑๕. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย

- ☐ ไม่มีรายได้

- ☐ รู้สึกลำบากกว่าผู้อื่น

- ☐ ถูกรังเกียจเหยียดหยาม

- ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ

- ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน

- ☐ ไม่มีโอกาสเรียนหนังสือ

- ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ

- ☐ ไม่มีเงินทุนประกอบอาชีพ

- ☐ เงินไม่พอใช้จ่าย

- ☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง

- ☐ ไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย/ที่ทำกิน

- ☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง

- ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

- ☐ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ

- ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน

- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม

- ☐ ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู

- ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน

- ☐ ไม่มีงานทำ

๑๖. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

☐ พื้นบ้าน / ทางลาด

☐ ผนังบ้าน / ระบบไฟฟ้า (สวิตช์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

☐ ห้องน้ำ / ห้องสุขา / ประตู / ราวจับ

☐ อื่นๆ (ระบุ)

การตรวจประเมินการปรับสภาพ

ตรวจประเมินวันที่.....

ชื่อ-นามสกุลเจ้าหน้าที่..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกข้อมูล (เจ้าหน้าที่อบต./เทศบาล)
(.....)

ความเห็นของผู้ประเมิน (สิ่งที่ควรปรับสภาพที่อยู่อาศัยตามสภาพคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)

.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดหรือเจ้าหน้าที่ รพ./สต)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน (นักกายภาพบำบัดหรือเจ้าหน้าที่ รพ./สต)
(.....)



หนังสือให้ความยินยอมในการจัดสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เป็น () เจ้าของบ้าน หรือ
() สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
เกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา () สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่นๆ (ระบุ).....
ของคนพิการชื่อ.....นั้น
ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ให้แก่
คนพิการ ผู้สูงอายุ ตามโครงการฯ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวที่มีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัย หลังนี้
ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยดี ข้าพเจ้าและบริวาร
หรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมีร่วมแรง
และช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มกำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/
ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มิสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้
โดยข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้องค่าเสียหาย และสิทธิใดๆ
ทั้งสิ้นจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

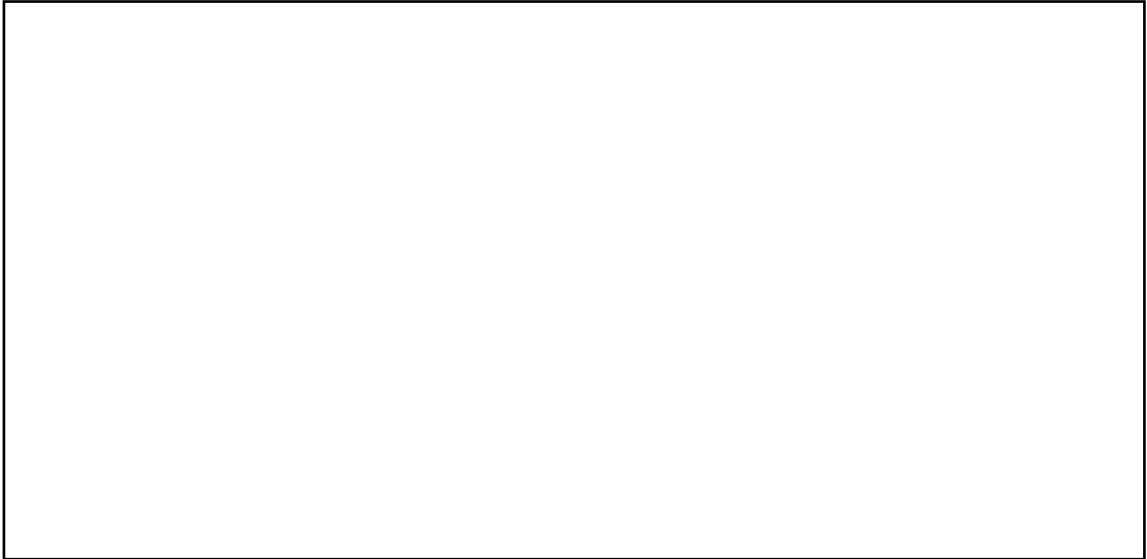
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แบบเอกสารประกอบ ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของบ้านพักอาศัย
และคนพิการในครอบครัว

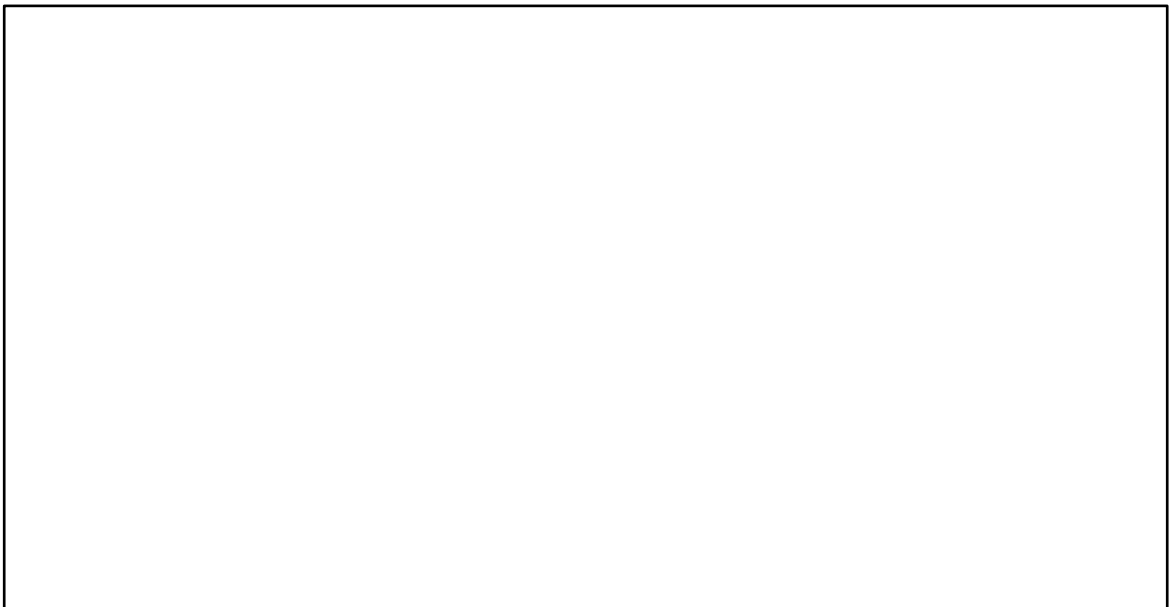
ภาพถ่ายก่อนดำเนินการ



ภาพถ่ายระหว่างดำเนินการ



ภาพถ่ายหลังดำเนินการ





แบบรายงานการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้แก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

ที่	ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวคน พิการ	อายุ (ปี)	ที่อยู่	ประเภท ความ พิการ	รายละเอียดการปรับ สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย	งบประมาณ	
						ที่ได้รับ	เบิกจ่าย

*** หมายเหตุ หากดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วให้รับดำเนินการรายงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ
จังหวัดระยอง ทราบโดยทันที พร้อมถ่าย “ก่อนดำเนินการ” “ระหว่างดำเนินการ” และ “หลังดำเนินการ” การปรับ
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณา การปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

๑. แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง) จำนวน ๑ ชุด ประกอบด้วย
 - ๑.๑ แบบคำขอปรับสภาพแวดล้อม
 - ๑.๒ แบบสรุปรายงานการปรับสภาพแวดล้อม/ ปรับปรุง/ ซ่อมแซมที่อยู่อาศัยฯ
 - ๑.๓ แบบประเมินค่าใช้จ่าย (โดยช่างเทศบาล/อบต. เป็นผู้ประมาณการ) ประกอบด้วย ใบ ปร.๔, ปร.๕, ปร.๖ และแบบแปลน
 - ๑.๔ หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย จากเจ้าของกรรมสิทธิ์ที่ดิน **พร้อมแนบ**
สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนา อย่างละ ๑ ชุด
(* กรณีสายของที่ดินเสียชีวิตและยังไม่มี heirs แบ่งที่ดินหรือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ให้บุตรทุกคน ภรรยา/สามี เจ้าของที่ดินเซ็นในหนังสือยินยอม พร้อมแนบเอกสารทุกคน หากบุตร/ ภรรยา/ สามี คนใดเสียชีวิตแล้ว ก็ให้แนบใบมรณะบัตรด้วย)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ (ถ้ามี)
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับ
๕. สำเนาโฉนดที่ดิน/ เอกสารสิทธิ์ในการครอบครองที่ดิน (ถ้ามี)
๖. ภาพถ่ายสภาพบ้านหรือบริเวณที่จะดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนฯ :

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณโครงการที่ได้รับ.....บาท (.....)

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท (.....)

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (.....) (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เลขที่...../วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่นจำนวน..... ฉบับ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตพื้นที่อย่างไร)

.....
.....

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....
จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน

☐ ภาพถ่าย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....

แบบแสดงรายการ ปริมาณงาน และราคา

กลุ่มงาน/งาน

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

ผู้ประมาณราคา.....

เมื่อวันที่

เดือน

พ.ศ.

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวม ค่าวัสดุและแรงงาน	หมายเหตุ
				ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน	ราคาต่อ หน่วย	จำนวนเงิน		

ผู้คำนวณ

(.....)

นายช่างโยธา.....

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา.....

ผู้ตรวจสอบ

(.....)

นายกเทศบาล / อบต.....

ผู้อนุมัติ

แบบสรุปค่าก่อสร้าง

กลุ่มงาน/งาน

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบ

เลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

แบบ ปร.๔ ที่แนบ มีจำนวน

หน้า

ประมาณราคา เมื่อวันที่		เดือน	พ.ศ.		
ลำดับที่	รายการ	ค่างานต้นทุน	Factor F	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
๑	งาน/กลุ่มงาน.....				
๒	งาน/กลุ่มงาน.....				
	เงื่อนไขการใช้ตาราง Factor F				
	เงินล่วงหน้าจ่าย.....%				
	เงินประกันผลงานหัก.....%				
	ดอกเบี้ยเงินกู้.....%				
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....%				
รวมค่าก่อสร้าง					

ขนาดหรือเนื้อที่อาคาร จำนวน.....ตร.ม.

เฉลี่ย.....บาท/ตร.ม.

ผู้คำนวณ

(.....)

นายช่างโยธา

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

ผู้ตรวจสอบ

นายก อบต / ทต

ผู้อนุมัติ

แบบสรุปค่าครุภัณฑ์จัดซื้อ

กลุ่มงาน/งาน		
ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง		
สถานที่ก่อสร้าง		
แบบเลขที่		
หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง		
แบบ ปร.๔ ที่แนบ มีจำนวน	หน้า	
คำนวณราคากลาง เมื่อวันที่	เดือน	พ.ศ.

หน่วย : บาท

ลำดับที่	รายการ	ค่างาน	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
๑	งาน.....				
๒	งาน.....				
๓	งาน.....				
๔	งาน.....				
	 วัสดุ.....				

รวมค่าก่อสร้าง

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

ประธานกรรมการกำหนดราคากลาง

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

กรรมการกำหนดราคากลาง

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

กรรมการกำหนดราคากลาง

แบบสรุปราคางานก่อสร้าง

ชื่อโครงการ/งานก่อสร้าง

สถานที่ก่อสร้าง

แบบเลขที่

หน่วยงานเจ้าของโครงการ/งานก่อสร้าง

ผู้ประมาณราคา

แบบ ปร.๔ และ ปร.๕ ที่แนบ จำนวนชุด

ประมาณราคาเมื่อวันที่

ลำดับที่	รายการ	ค่า ก่อสร้าง	หมายเหตุ
๑	งาน/กลุ่มงาน.....		
๒	งาน/กลุ่มงาน.....		
สรุป	รวมค่าก่อสร้างทั้งโครงการ/งานก่อสร้าง		
	ราคากลาง		
	ราคา (.....ตัวอักษร.....)		

ผู้คำนวณ

(.....)

นายช่างโยธา

(.....)

หัวหน้าส่วนโยธา

ผู้ตรวจสอบ

(.....)

นายก อบต. / ทต.

ผู้อนุมัติ



เอกสารแนบท้าย (๕)

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย ที่สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์การหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น (ตามประกาศ ข้อ ๑๑ (๑)) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มีแนวทางดังนี้

๑. ประเภทการสนับสนุนการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- โครงการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

๒. หน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม โดยลักษณะการดำเนินงานมีการบริหารจัดการ หรือมีการให้บริการในลักษณะภาพรวมของหลายตำบลที่มีพื้นที่คาบเกี่ยวกัน

๓. หลักเกณฑ์การจัดตั้ง

๓.๑ มีการบูรณาการของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดตั้ง “ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน” มีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพในชุมชน ตามแบบเสนอโครงการฯ ที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด โดยมีประชาชนจิตอาสาที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

๓.๒ การกำหนดวัตถุประสงค์โครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

- (๑) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการในระบบปกติ
- (๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน
- (๓) เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการสนับสนุนการจัดบริการฟื้นฟูของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๓ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายการจัดบริการโครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

- (๑) คนพิการ
- (๒) ผู้สูงอายุ
- (๓) ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
- (๔) ผู้ป่วยระยะท้าย
- (๕) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่จังหวัด

๓.๔ มาตรฐานของโครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

- (๑) มีสถานที่เหมาะสม
- (๒) มีบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด
- (๓) มีระบบฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๕ กลุ่ม
- (๔) มีเครื่องมือเบื้องต้นในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- (๕) มีองค์กรที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการศูนย์
- (๖) มีระบบการสนับสนุนและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

๓.๕ องค์ประกอบคณะกรรมการบริหารศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

- (๑) ประธาน: ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้นำชุมชน
- (๒) เลขานุการ: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือนักกายภาพบำบัดชุมชน
- (๓) กรรมการ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลคนพิการ ตัวแทนคนพิการ

๔. งบประมาณ

กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินโครงการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ดังนี้

๔.๑ ค่าจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน สามารถรองรับประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ในวงเงินไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๔.๒ ค่าตอบแทนนักกายภาพบำบัด และนักจิตกิจกรรมบำบัด หลักเกณฑ์ตามระเบียบราชการกำหนด

๔.๓ ค่าตอบแทนอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น/หน่วยงานสาธารณสุข/หน่วยบริการ/สถานบริการ เป็นผู้คัดเลือก Case ทั้งนี้ สามารถรองรับประมาณ ในวงเงินไม่เกิน ๗,๐๐๐ บาท/เดือน/ศูนย์ เป็นเงิน ๘๔,๐๐๐ บาทต่อปี ดังนี้

- ให้บริการไม่น้อยกว่า ๔๕ นาที/Case
- อัตราค่าตอบแทน ๑๐๐ บาท/ครั้ง/Case
- เบิกจ่ายไม่เกิน ๑๕ ครั้ง/Case/เดือน
- เบิกจ่ายไม่เกิน ๗,๐๐๐ บาท/เดือน/ศูนย์

หมายเหตุ ดังนี้

(๑) การจัดซื้อวัสดุ และครุภัณฑ์ เพื่อใช้ในการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ตามความจำเป็นและเหมาะสม ให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการ หรือราคาตลาดโดยทั่วไปของหน่วยงานที่ของบประมาณในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง แล้วส่งรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้าง รวมถึงการควบคุมวัสดุ ครุภัณฑ์ เสนอต่อประธานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

(๒) งบประมาณต้องไม่ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

๕. คุณสมบัติของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

“อาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน” หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง หรือหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จัดให้มีการอบรม โดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรการอบรมมาตรฐาน ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการ สถานบริการ เป็นผู้จัดอบรมให้ความรู้ และผ่านการคัดเลือกในรูปแบบของคณะกรรมการบริหารศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

๖. ขอบเขตการทำหน้าที่ของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

- (๑) ช่วยดูแลฟื้นฟูสุขภาพสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- (๒) ช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขับถ่าย การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น
- (๓) การให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health care service) เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ การพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำแผลเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยาเบื้องต้น กิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะแรก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการทางสมอง เป็นต้น
- (๔) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัวและการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ
- (๕) ประเมินปัญหาในการดูแลคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลันและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และประสานงานในการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง
- (๖) การบริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
- (๗) ช่วยเหลือคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดอื่นๆ ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- (๘) การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือเฉพาะทางการแพทย์จะต้องอยู่ในการกำกับดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัดหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๗. การกำกับและการควบคุมการปฏิบัติงาน

- (๑) ให้เลขานุการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน จัดให้มีการลงเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน
- (๒) ให้แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและประเมินสมรรถนะของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน
- (๓) ให้คณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ประเมินผลการดำเนินงานของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

๘. การดำเนินการของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ที่จัดตั้งเรียบร้อยแล้ว จะต้องถือปฏิบัติให้เป็นไปตามระเบียบอย่างเคร่งครัด หากมีปัญหา อุปสรรค หรือแก้ไขเปลี่ยนแปลง ให้แจ้งกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ต่อไป

๙. ประเภทรายการวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ ที่สามารถขอรับการสนับสนุนเพื่อใช้ในการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน มีดังนี้

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย
๑	เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล	ลักษณะ : เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร ชนิดรัดต้นแขน แบบอัตโนมัติ ใช้ได้กับไฟ AC และ DC มีจอแสดงผลการวัดค่าเป็นLED หรือ LCD สามารถทำการตรวจวัดโดยอัตโนมัติ โดยเครื่องจะปรับปริมาณลมที่เป่าโดยอัตโนมัติ สามารถวัดค่าอัตราการเต้นของชีพจรได้ในช่วง ๔๐ ถึง ๑๖๐ ครั้งต่อวินาที มีค่าความคลาดเคลื่อน ในการวัดได้ไม่เกิน ร้อยละ ± 5 สามารถวัดและแสดงค่าความดันโลหิตค่า Systolic และค่า Diastolic ในช่วง ๔๐ ถึง ๒๕๐ mmHg มีค่าความคลาดเคลื่อนในการวัดได้ไม่เกิน ร้อยละ ± 5 แบตเตอรี่ที่อยู่ภายในและไฟฟ้ากระแสสลับ ๒๒๐ volts ๕๐ Hz โดยผ่านตัว Adapter ข้อบ่งชี้ : เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจร ใช้สำหรับตรวจวัดความดันโลหิตในการปฏิบัติงานเบื้องต้น อายุการใช้งาน : - ปี	เครื่อง
๒	เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว	ลักษณะ : หน้าจอ OLED หรือ LCD แสดงค่าเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนในเลือด (%SpO₂), ชีพจร (bpm), และกราฟแท่งแสดงชีพจร (Pulse Bar) ช่วงการวัด SpO₂ วัดได้ตั้งแต่ ๗๐% ถึง ๑๐๐% โดยมีความแม่นยำประมาณ $\pm 2\%$ ช่วงการวัดชีพจร วัดได้ตั้งแต่ ๓๐ ถึง ๒๕๐ ครั้งต่อนาที โดยมีความแม่นยำประมาณ $\pm 1\%$ หรือ ± 2 bpm ขนาดและน้ำหนักเครื่องมีขนาดกะทัดรัดราว ๕.๖ x ๓.๒ x ๓.๔ เซนติเมตรและน้ำหนักเบาประมาณ ๕๐-๖๐ กรัมรวมแบตเตอรี่ ใช้แบตเตอรี่ขนาด AAA จำนวน ๒ ก้อน พร้อมระบบตัดไฟอัตโนมัติภายใน ๘ วินาทีเมื่อไม่ได้ใช้งานเพื่อประหยัดพลังงาน ข้อบ่งชี้ : เพื่อวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) และอัตราการเต้นของชีพจร (PR) เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจนในผู้ป่วย อายุการใช้งาน : - ปี	เครื่อง

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย
๓	เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบอินฟราเรด 	ลักษณะ : การวัดแบบไม่สัมผัส ใช้รังสีอินฟราเรดยิงไปที่หน้าผากในระยะประมาณ ๑-๕ เซนติเมตร ปลอดภัยและลดการแพร่เชื้อความเร็วและแม่นยำแสดงผลรวดเร็วภายใน ๐.๕ วินาที มีค่าความคลาดเคลื่อนต่ำประมาณ ± 0.2 องศาเซลเซียส วัดอุณหภูมิร่างกายได้ในช่วง ๓๒.๐-๔๓.๐ องศาเซลเซียส และสามารถปรับโหมดเพื่อวัดอุณหภูมิพื้นผิววัตถุหรือสิ่งของได้ หน้าจอแสดงผลใช้จอ LCD พร้อมระบบ ๓ สี (เช่น สีฟ้าปกติ, สีเหลืองใช้ต่ำ, สีแดงใช้สูง) และมีเสียงเตือนเมื่อพบอุณหภูมิเกินกำหนด ใช้แบตเตอรี่ขนาด AA หรือ AAA มีระบบปิดเครื่องอัตโนมัติเมื่อไม่ใช้งาน ข้อบ่งชี้ : ใช้การคัดกรองไข้เบื้องต้น ลดการแพร่กระจายเชื้อ และวัดอุณหภูมิในกลุ่มคนจำนวนมากอย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องสัมผัสร่างกาย อายุการใช้งาน : - ปี	เครื่อง
๔	เครื่องชั่งน้ำหนักแบบหน้าปิดกลม 	ลักษณะ : แบบเข้มน้ำหนักปิดกลม เครื่องชั่งน้ำหนักเป็นแท่นเหยียบแบบตั้งพื้น แท่นเป็นเหล็กหรือชนิดอื่นที่แข็งแรง ขนาดแท่นไม่น้อยกว่า ๒๘ x ๓๘.๕ เซนติเมตร สามารถชั่งน้ำหนักได้ไม่น้อยกว่า ๑๖๐ ข้อบ่งชี้ : ใช้การคัดกรองไข้เบื้องต้น ลดการแพร่กระจายเชื้อ และวัดอุณหภูมิในกลุ่มคนจำนวนมากอย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องสัมผัสร่างกาย อายุการใช้งาน : ๓ - ๕ ปี	อัน
๕	ราวหัดเดินคู่ขนาน 	ลักษณะ : พื้นบาร์ทำด้วยไม้เนื้อแข็ง ความยาวขนาดไม่น้อยกว่า ๓๐๐ เซนติเมตร ความกว้างขนาดไม่น้อยกว่า ๓๕ เซนติเมตร ความหนาขนาดไม่น้อยกว่า ๕ เซนติเมตร ปลายทั้งสองข้างลาดลง เคลือบด้วยน้ำมันยูรีเทนแลคเกอร์ เสาบาร์จำนวน ๔ เสา (เป็นเสาสองท่อนสวมกัน) ราวจับ จำนวน ๒ ราว ซ้าย - ขวา ชุดหัวปรับความสูงผลิตจากพลาสติก มีความทนทานสูงพร้อมแกนสแตนเลสล็อก ข้อบ่งชี้ : ช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาการทรงตัวหรือสูญเสียความสามารถในการเดิน โดยมักใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหรือข้อ รวมถึงผู้ที่ต้องฝึกยืนและลงน้ำหนักอย่างปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงการหกล้ม อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ชุด

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย
๖	บันไดเข้ามูมสำหรับ ฝึกเดิน 	ลักษณะ : โครงและราวบันไดทำจากไม้เนื้อแข็ง มีชั้นบันไดแบบ เข้ามูม ความยาวไม่น้อยกว่า ๓๖ นิ้ว ความสูงของลูกบันไดไม้ ไม่น้อยกว่า ๓ นิ้ว มีที่พักบันได กว้าง,ยาว ไม่น้อยกว่า ๓๕x๓๕ นิ้ว มีราวบันไดทั้ง๒ด้าน ข้อบ่งชี้ : การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาการขึ้นลงที่สูง การทรงตัว ไม่ดี และกล้ามเนื้อขาอ่อนแรง เพื่อให้กลับมาใช้ชีวิตประจำวัน ได้อย่างปลอดภัย อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๓ ปี	ชุด
๗	เตียงไม้ชนิดเตียงเตี้ย 	ลักษณะ : เป็นเตียงโครงสร้างไม้แข็งแรง พื้นเตียงเรียบ มั่นคง ความสูง ๓๐ - ๔๕ ซม. ความกว้าง ๙๐ - ๑๒๐ ซม. ความยาว ๑๘๐ - ๒๐๐ ซม. ข้อบ่งชี้ : พื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ฝึกการเคลื่อนไหว ฝึกทรงตัว ยึดกล้ามเนื้อ และทำกิจกรรมกายภาพบำบัดต่าง ๆ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยให้ การฟื้นฟูมีความปลอดภัยและสะดวกมากขึ้น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	ชุด
๘	เตียงไม้ ชนิดเตียงสูง 	ลักษณะ : เป็นเตียงโครงสร้างไม้แข็งแรง พื้นเตียงเรียบ มั่นคง ความสูง ๗๐ - ๙๐ ซม. ความกว้าง ๙๐ - ๑๒๐ ซม. ความยาว ๑๘๐ - ๒๐๐ ซม. ข้อบ่งชี้ : พื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ฝึกการเคลื่อนไหว ฝึก ทรงตัว ยึดกล้ามเนื้อ และทำกิจกรรมกายภาพบำบัดต่าง ๆ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยให้การ ฟื้นฟูมีความปลอดภัยและสะดวกมากขึ้น อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	ชุด

ลำดับ...

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย
๙	เตียงซัสเพนชั่น 	ลักษณะ : โครงเหล็กหรือไม้ ทำด้วยเหล็กอบสีกันสนิมหรือไม้เนื้อแข็งเคลือบสีกันเงา มีความแข็งแรงทนทาน โครงตาข่าย มีตาข่ายสำหรับเกี่ยวอุปกรณ์แขวนอยู่ด้านบน (เพดาน) ด้านหลัง และด้านข้าง ขนาดโดยประมาณ ความกว้างฐานประมาณ ๑๐๐-๑๐๕ ซม. ความยาวประมาณ ๒๒๐ ซม. และความสูงประมาณ ๑๙๐ ซม. เบาะนอน บุด้วยฟองน้ำอัดหรือฟองน้ำหนาประมาณ ๒ นิ้ว หุ้มด้วยหนังเทียม PVC ทำความสะอาดง่าย ขนาดเตียง กว้างประมาณ ๑๐๐ ซม. และยาวประมาณ ๒๐๐ ซม. อุปกรณ์การใช้งานดังนี้ ๑. สายสลิง แบบซิงเกิลโรพ ยาว ๒ เมตรจำนวน ๑๒ เส้น ๒. ผ้าพุงลำตัว ขนาด ๑๑ x ๒๗ นิ้ว จำนวน ๒ ชิ้น ๓. ผืนผ้าพุงแขนขา ขนาด ๖ x ๒๖ นิ้ว จำนวน ๖ ผืน ๔. ผ้าพุงศีรษะ ขนาด ๘ x ๐ นิ้ว จำนวน ๒ ผืน ๕. ผ้าสามห่วง ขนาด ๑.๕ x ๓๘ นิ้ว นิ้ว จำนวน ๔ เส้น ๖. สปริงก้อย่างละ ๒ ชุด ขนาด ๑๐/๒๐/๒๑-๓๐/๓๑-๔๐ และ ๔๑/๕๐ ปอนด์ รวม ๘ ชิ้น ๗. ตะขอตัวเอส จำนวน ๑๒ ตัว อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	ชุด
๑๐	จักรยานแบบนั่งปั่นอยู่กับที่มีพนักพิงแบบปรับระดับได้ 	ลักษณะ : ทำจากเหล็กกล้าพ่นสีกันสนิม รองรับน้ำหนักผู้ใช้ได้ดี (๑๐๐-๑๓๐ กิโลกรัม) เบาะและพนักพิงหลังโปร่งระบายอากาศ รองรับเอนและหลัง การปรับระดับเบาะนั่ง ปรับเลื่อนระยะหน้า-หลังด้วยแกนรางเลื่อน ระบบแม่เหล็ก (Magnetic) หรือระบบไฟฟ้า ปรับความฝืดได้หลายระดับ (เช่น ๘ ถึง ๓๒ ระดับ) จานน้ำหนัก น้ำหนักเหมาะสมเพื่อให้การปั่นลื่นไหล ไม่สะดุด และนุ่มนวลต่อข้อต่อข้อเท้า ข้อเท้า มีสายรัดข้อเท้าปรับขนาดได้ ป้องกันเท้าลื่นหลุดขณะปั่น ข้อบ่งชี้ : ใช้เพื่อฟื้นฟูร่างกาย ที่มีความปลอดภัยสูง เหมาะสำหรับผู้มีอาการปวดหลัง, ผู้มีปัญหาข้อเข่า, และผู้สูงอายุ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	เครื่อง

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย
๑๑	ชุดอุปกรณ์ออกกำลังกาย ถุงทราย 	ลักษณะ : ตัวถุงทรายผลิตจากวัสดุผ้าหนา ไนลอน ที่มีความแข็งแรง ทนต่อการฉีกขาด น้ำหนักของถุงทรายในชุดอย่างน้อยประกอบด้วย ๐.๕ กิโลกรัม ๑ กิโลกรัม ๒ กิโลกรัม ๓ กิโลกรัม หรือเทียบเท่า ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือผู้ที่ต้องการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๑ ปี	ชุด
๑๒	กระดานบริหารต้นขา 	ลักษณะ : โครงสร้างผลิตจากไม้เนื้อแข็ง เหล็ก หรือวัสดุที่มีความแข็งแรง ทนทาน รองรับการใช้งานต่อเนื่องได้ดี พื้นผิวกระดานเรียบ แข็งแรง ขนาดของกระดานไม่น้อยกว่า ๓๐ x ๑๐๐ x ๑๐ เซนติเมตร (กว้างxยาวx สูง) ข้อบ่งชี้ : สำหรับใช้ กับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	ชุด
๑๓	รอกเหนือศีรษะบริหาร ข้อไหล่ (Overhead pulley) 	ลักษณะ : ผลิตจากเหล็ก สเตนเลส หรือวัสดุที่มีความแข็งแรง ทนทาน และป้องกันการเกิดสนิมประกอบด้วยชุดรอก ลูกล้อ เชือก และมือจับ สำหรับใช้ดึงบริหารข้อไหล่ ระบบรอกสามารถหมุนได้ลื่นไหล ไม่สะดุด และรองรับการใช้งานต่อเนื่องได้ดี เชือกสำหรับดึงบริหารผลิตจากวัสดุไนลอนหรือวัสดุสังเคราะห์ที่มีความเหนียว แข็งแรง และทนต่อแรงดึง มือจับออกแบบให้จับถนัดมือ ไม่ลื่น ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ที่มีภาวะข้อไหล่ติด หรือผู้ที่ต้องการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	ชุด

ลำดับ...

ลำดับ	รายการ	รายละเอียด	หน่วย
๑๔	วงล้อบริหารข้อไหล่ (Shoulder wheel) 	ลักษณะ : ผลิตจากเหล็ก สเตนเลส หรือวัสดุ ที่มีความแข็งแรง ทนทาน และป้องกันการเกิดสนิม ตัววงล้อสามารถหมุนได้รอบทิศทางอย่างต่อเนื่อง วงล้อมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่น้อยกว่า ๔๐ เซนติเมตร สามารถปรับระดับความสูงของวงล้อได้ ข้อบ่งชี้ : สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ที่มีภาวะข้อไหล่ติด หรือผู้ที่ต้องการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๕ ปี	ชุด
๑๕	แผ่นประคบร้อนไฟฟ้า ปรับระดับความร้อนได้ 	ลักษณะ : ปรับอุณหภูมิได้หลายระดับตั้งแต่ ๓๐ ถึง ๗๐ องศาเซลเซียส หรือเลือกได้ ๖ ถึง ๑๐ ระดับความร้อนตามความต้องการ มีขนาด เช่น ๓๐x๔๕ ซม. หรือขนาดใหญ่พิเศษ ๔๐x๖๐ ซม. มีระบบตัดไฟอัตโนมัติหรือฟังก์ชันตั้งเวลาปิด (เช่น ๓๐ นาทีถึง ๒ ชั่วโมง) เพื่อป้องกันความร้อนที่สูงเกินไป ข้อบ่งชี้ : เพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ คลายกล้ามเนื้อที่ตึงเกร็ง อายุการใช้งาน : ไม่น้อยกว่า ๒ ปี	แผ่น
๑๖	รายการวัสดุ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์ อื่นๆ สามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณได้ โดยให้คณะกรรมการกองทุน เป็นผู้พิจารณาอนุมัติตามความจำเป็นและเหมาะสม		

๑๐. การรายงานผล

- ๑๐.๑ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด
- ๑๐.๒ รายละเอียดค่าใช้จ่าย (รายรับ-รายจ่าย)
- ๑๐.๓ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง, ใบเสนอราคาพร้อมคู่เทียบ, ใบสำคัญรับเงิน, ใบเสร็จรับเงิน, ใบส่งของ, สำเนาบัตรประจำตัวหรือเอกสารของผู้รับเงิน (เอกสารร้านค้า) เป็นต้น
- ๑๐.๔ ภาพถ่ายกิจกรรม เช่น รูปป้ายโครงการ, รูปการดำเนินกิจกรรมจะต้องเป็นรูปปัจจุบันเท่านั้น ไม่น้อยกว่า ๑๐ ภาพ
- ๑๐.๕ อื่นๆ เช่น แบบประเมินความพึงพอใจ (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มโครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง (โครงการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๒) ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ “ให้พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑

จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

๒. ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

๓. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองมีแนวคิดจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน เพื่อมุ่งเน้นพัฒนาการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการบูรณาการงานบริการด้านสาธารณสุขร่วมกัน โดยร่วมกันคิดและออกแบบการบริหารจัดการภายในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ให้เป็นไปตามระเบียบ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่จุดเปลี่ยนสำคัญของโครงสร้างประชากรจากปรากฏการณ์ “เกิดน้อย อายุยืน และแรงงานหดตัว” อย่างรวดเร็ว จนกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือจะมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๘ ภายในเวลาไม่ถึง ๑๐ ปีข้างหน้า (ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ส่งผลให้เกิดความพิการได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาว โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต มีความยุ่งยากที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง เข้าถึงบริการได้น้อย ปัญหาสำคัญจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเหล่านี้มีสาเหตุดังนี้

(๑) ความเจริญทางด้านการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดเพิ่มขึ้น แต่ก็กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

(๒) โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน แต่อาจจะดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันในชุมชนไม่ทั่วถึง

(๓) ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงในการดูแลต่อเนื่อง จึงเกิดช่องทางการให้บริการเพิ่มขึ้น

ปัจจุบัน...

ปัจจุบันหน่วยงาน.....ทำงานเชื่อมโยงกับ..... มีประชากรในพื้นที่รวมทั้งสิ้น จำนวน.....คน ดังนี้

(๑) คนพิการ จำนวน.....คน

(๒) ผู้สูงอายุ จำนวน.....คน

(๓) ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน.....คน

(๔) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน.....คน

ทั้งนี้ อาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่เนื่องจากผู้ดูแลที่บ้านไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นหน่วยงาน..... จึงได้จัดทำโครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้านขึ้น เพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้น

๔. วัตถุประสงค์ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไร เพื่อประโยชน์ของประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฯ)

๔.๑ เพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน

๔.๒ เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

๔.๓ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๕. กลุ่มเป้าหมาย

ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของตำบล.....มีประชากรในพื้นที่รวมทั้งสิ้น จำนวน.....คน ดังนี้

๕.๑ คนพิการ จำนวน.....คน

๕.๒ ผู้สูงอายุ จำนวน.....คน

๕.๓ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน.....คน

๕.๔ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน.....คน

๖. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับหลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

๖.๑ เตรียมความพร้อมด้านการจัดตั้งศูนย์ (ก่อนขออนุมัติโครงการ ต้องมีความพร้อมของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ตามแนวทางที่กำหนด)

๖.๒ สรรวจข้อมูลคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ และจัดให้มีหน่วยงานภาครัฐรองรับการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะการดำเนินงานมีการบริหารจัดการ หรือมีการให้บริการในลักษณะภาพรวมของหลายตำบลที่มีพื้นที่คาบเกี่ยวกัน

๖.๓ กำหนดสถานที่ดำเนินงาน และจัดหาบุคลากรรับผิดชอบงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน เป็นการติดต่อ ประสานงาน และดำเนินการเอกสารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๔ จัดประชุมแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

๖.๕ เสนอโครงการฯ ตามขั้นตอนของหน่วยงานผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ และส่งเข้ามายังกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เพื่อเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองอนุมัติ และทำสัญญาบันทึกข้อตกลง และดำเนินการโครงการฯ ตามแนวทางที่กำหนด

๖.๖ รายงานผลการดำเนินการ ส่งแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ
สร้างสุขใกล้บ้าน ส่งแบบประเมินความพึงพอใจ จัดทำรายงานผลการดำเนินโครงการประจำปี ให้กองทุน
หลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองทราบ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

๗. ระยะเวลาดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

วันที่..... (นับจากวันที่ได้รับการอนุมัติงบประมาณ และได้ทำบันทึกข้อตกลง)

๘. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน.....
ที่ตั้ง:.....

๙. งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการ)

ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จำนวนเงิน.....บาท (.....) ดังนี้
รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด)

๑๐.๑ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการฟื้นฟู
สมรรถภาพในชุมชน

๑๐.๒ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการฟื้นฟู
สมรรถภาพให้ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

๑๐.๓ คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเข้าถึงบริการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพมากขึ้น

๑๑. องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๑๑.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

๑๑.๒ หน่วยงานสาธารณสุข

๑๑.๓ หน่วยบริการ

๑๑.๔ สถานบริการ

๑๑.๕ อื่นๆ

๑๒. คำรับรองความซื่อสัตย์ของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ในฐานะของผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

ขอรับรองว่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ที่เสนอ

ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ในครั้งนี้

☐ ไม่ได้เข้าซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และเพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตาม
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เข้าซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ให้พิจารณาดำเนินงาน ดังนี้

☐ ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น

☐ ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง

ดำเนินงาน...

☐ ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยว ต่อเนื่องหรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป

☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน

☐ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และตามระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๑๓. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล:.....ตำแหน่ง:.....
สถานที่ติดต่อ:.....โทรศัพท์:.....E-mail:.....

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

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

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

หมายเหตุ: ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

รายละเอียดแนบท้ายโครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน.....
 ค่าจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ประยุกต์ ดัดแปลงเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ประจำศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ลำดับ	รายการ	จำนวนหน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....บาทถ้วน)				

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

ตำแหน่ง.....

ตารางรายชื่ออาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	วัน/เดือน/ปี (เกิด)	ที่อยู่	ผ่านการอบรม	หมายเหตุ
				เช่น หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชม. (กรมอนามัย) วันที่	
				เช่น หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชม. (กรมอนามัย) วันที่	
				เช่น หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชม. (กรมอนามัย) วันที่	
				เช่น หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชม. (กรมอนามัย) วันที่	
				เช่น หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชม. (กรมอนามัย) วันที่	
				เช่น หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชม. (กรมอนามัย) วันที่	

หมายเหตุ: หลักเกณฑ์ และอัตราค่าใช้จ่ายให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้าย (๖) ของระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณ
กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

ตารางปฏิบัติงานของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ตำบล..... อำเภอ จังหวัดระยอง / ที่ตั้ง

ประจำเดือน พ.ศ.....

วัน เดือน ปี	ช่วงเช้า (๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.)	ช่วงเช้า (๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.)	หมายเหตุ
วันจันทร์	<u>ตัวอย่าง</u> กิจกรรมฟื้นฟูให้กับผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และกิจกรรมฟื้นฟู NCD ณ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน โดย อาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน	ออกเยี่ยมบ้าน Home visit ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดย อาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน	
วันอังคาร			
วันพุธ			
วันพฤหัสบดี			
วันศุกร์			



คำสั่งเทศบาล/อบต.....

ที่ /๒๕๖๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ด้วยหน่วยงาน.....ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง ในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน เพื่อจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นในชุมชน สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะท้าย มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบดูแลช่วยเหลือ และฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน และที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน

เพื่อให้การดำเนินงานการจัดบริการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน เป็นไปตามระเบียบ กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ประกอบด้วย

- | | |
|---|----------------------------|
| ๑. นายอำเภอ..... | เป็นที่ปรึกษา |
| ๒. สาธารณสุขอำเภอ..... | เป็นที่ปรึกษา |
| ๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล..... | เป็นที่ปรึกษา |
| ๔. นายกเทศมนตรีตำบล/นายก อบต..... | ประธานกรรมการ |
| ๕. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล..... | รองประธานกรรมการ |
| ๖. ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... | กรรมการ |
| ๗. ประธาน อสม. ตำบล..... | กรรมการ |
| ๘. ผู้แทนอสม. หมู่ที่..... ตำบล..... | กรรมการ |
| ๙. กำนันตำบล/ประธานชุมชน..... | กรรมการ |
| ๑๐. ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่.... ตำบล..... | กรรมการ |
| ๑๑. ประธานชมรมผู้สูงอายุ | กรรมการ |
| ๑๒. ประธานคนพิการ | กรรมการ |
| ๑๓. ผู้แทนด้านการศึกษา (โรงเรียน) | กรรมการ |
| ๑๔. ผู้แทนภาคเอกชน | กรรมการ |
| ๑๕. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด | กรรมการ |
| ๑๖. ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม หรือกองสาธารณสุข | กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๗. เจ้าหน้าที่ ที่ผู้บริหารมอบหมาย | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๘. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| /ศูนย์บริการสาธารณสุข | |

อำนาจหน้าที่...

อำนาจหน้าที่

(๑) บริหารจัดการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน และดำเนินงานตามโครงการฯ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

(๒) ประสาน พร้อมจัดทำข้อมูลและแผนการดำเนินงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน โดยบูรณาการเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่และใกล้เคียง เช่น ที่ว่าการอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และใกล้เคียง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรคนพิการ องค์กรผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ ข้อมูลคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกี่ยวข้องกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน พร้อมรวบรวมเอกสาร ข้อมูล และปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นฐานข้อมูลของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน และที่บ้าน

(๓) มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ตามหลักเกณฑ์ และแนวทางที่กำหนด พร้อมจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานผลการปฏิบัติงาน การรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน และเงินคงเหลือ รวมถึงรายงานการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

(๔) วางแผนการใช้วัสดุ ครุภัณฑ์ ประจำศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ที่จำเป็นต้องใช้ ตามรายการที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองประกาศใช้

(๕) จัดทำกรอบงบประมาณ/แผนการใช้จ่ายเงิน/แผนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน/โครงการ/พิจารณาคัดเลือกอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน/ควบคุม กำกับดูแลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

(๖) สนับสนุนงานศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

(๗) ออกข้อกำหนด ข้อบังคับ แนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน มีประสิทธิภาพ คุณภาพ และมาตรฐานยิ่งขึ้น ทั้งนี้ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

(๘) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง กำหนด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

(.....)

นายกอบต/เทศมนตรี.....

ข้อมูลทะเบียนประวัติอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ข้อมูลทะเบียนอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.....

ภาพถ่าย

หน้าตรง

๑ นิ้ว

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)

อายุปี วัน/เดือน/ปีเกิด

เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก

อยู่บ้านเลขที่ ซอย/ตรอก..... ถนน หมู่ที่

ตำบล อำเภอ จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์

E-mail ID – Line

สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย () หย่า

วุฒิการศึกษา () ประถม..... () มัธยมต้น () มัธยมปลาย () อนุปริญญา/ต่ำกว่าปริญญาตรี

() ปริญญาตรี () ปริญญาโท () อื่นๆ ระบุ

เอกสารแนบประกอบการขึ้นทะเบียนอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

() สำเนาบัตรประชาชน () สำเนาทะเบียนบ้าน () อื่นๆ ระบุ

() สำเนาใบประกาศ หรือใบรับรองที่เคยผ่านการอบรม () ภาพถ่ายการอบรม

การเคยดำรงตำแหน่ง CG / อสม. / อพม. หรือตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่

() เคยเป็น เมื่อ พ.ศ. ถึงปี พ.ศ. ระยะเวลารวม

() ไม่เคยดำรงตำแหน่งใด

ประวัติการอบรมด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ คนพิการ

วัน เดือน ปี / ปีที่อบรม	ชื่อโครงการ / หลักสูตร	หน่วยงานผู้จัด

(ลงชื่อ)

(.....)

อาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

(ลงชื่อ)

(.....)

..... ผู้รับรอง

แนบเอกสารดังนี้

๑. สำเนาบัตรประชาชน / ถ่ายสำเนา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาทะเบียนบ้าน / ถ่ายสำเนา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
๓. สำเนาใบประกาศ / สำเนาวุฒิบัตร / ใบรับรองที่ผ่านการอบรม / สำเนากำหนดการอบรมหลักสูตร
เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน (ผู้สูงอายุ / คนพิการ / คนป่วย)
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ
๔. ภาพถ่ายกิจกรรมประกอบการอบรมที่ผ่านหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓ - ๔ ภาพ

หมายเหตุ:

ตามประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ข้อ ๓ คุณสมบัติของอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน กล่าวว่า “ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน” หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรม โดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือหลักสูตรการอบรมมาตรฐาน ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด , อำเภอ , หน่วยบริการ , สถานบริการด้านสาธารณสุข , โรงพยาบาลในเขตจังหวัด , อำเภอเป็นผู้จัดการอบรมให้ความรู้ และผ่านการคัดเลือกในรูปแบบของคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน ส่งรายชื่อผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้านมายังกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เพื่อประกาศรายชื่อขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ สร้างสุขใกล้บ้าน

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนฯ :

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณโครงการที่ได้รับ.....บาท (.....)

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท (.....)

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (.....) (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เลขที่...../วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน.....ฉบับ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตพื้นที่อย่างไร)

.....
.....

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....
จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน

☐ ภาพถ่าย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....



เอกสารแนบท้าย (๖)

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย ที่สนับสนุนและส่งเสริมโครงการด้านพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และงานวิชาการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อให้การบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นในพื้นที่ให้มีศักยภาพและเข้มแข็งมากขึ้น (ตามประกาศ ข้อ ๑๑ (๒)) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มีแนวทาง ดังนี้

๑. ประเภทการสนับสนุน

- การสนับสนุนและส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และงานวิชาการ

๒. การขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม และจัดในหน่วยงานราชการ และอัตราค่าใช้จ่ายตามที่ระเบียบราชการกำหนด

๓. ขอบเขตกิจกรรมที่ให้การสนับสนุน

๓.๑ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาสาสมัคร และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น

- (๑) การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ๗๐ ชั่วโมง/๔๒๐ ชั่วโมง
- (๒) การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง ๗๐ ชั่วโมง
- (๓) การอบรมฟื้นฟูความรู้ (Refresher Course) ประจำปี สำหรับ CM/CG/อสม.
- (๔) การอบรมช่างชุมชน เพื่อซ่อมแซมกายอุปกรณ์หรือปรับสภาพบ้าน
- (๕) การอบรมทักษะเฉพาะทาง เช่น การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น

หมายเหตุ: การพัฒนาศักยภาพด้านอื่น ๆ สามารถขอรับสนับสนุนงบประมาณได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณา และต้องเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง โดยไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

๔. หลักเกณฑ์การพิจารณา

๔.๑ ความจำเป็น หัวข้อการอบรมหรือวิจัยต้องตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพเร่งด่วน หรือเป็นการปิดช่องว่างทางทักษะของบุคลากรในพื้นที่

๔.๒ มาตรฐานหลักสูตร กรณีจัดอบรม ต้องมีหลักสูตรที่ชัดเจน หรือได้รับการรับรองจากหน่วยงานวิชาชีพ เช่น กรมอนามัย สภาวิชาชีพ เป็นต้น

๔.๓ ความคุ้มค่า...

๔.๓ ความคุ้มค่า งบประมาณต้องเป็นไปตามระเบียบราชการ เช่น ค่าอาหาร ค่าวิทยากร ค่าเช่าสถานที่ และเน้นผลลัพธ์ที่นำไปใช้ได้จริง

๔.๔ ไม่เข้าซ้อนกับภารกิจปกติหรืองบประมาณของหน่วยงานต้นสังกัด

๕. ระยะเวลาดำเนินการ

๕.๑ ให้ดำเนินการภายในปีงบประมาณ (๑ ตุลาคม – ๓๐ กันยายน)

๕.๒ กรณีงานวิจัยหรือโครงการต้องระบุแผนงานระยะเวลาดำเนินการให้เสร็จภายในปีงบประมาณ หากเกินระยะเวลาดำเนินการจัดทำหนังสือขอขยายเวลาโครงการ อย่างน้อย ๑ เดือน ก่อนจะสิ้นสุดโครงการ และต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

๖. อัตราการเบิกจ่ายงบประมาณโครงการ/กิจกรรม

ลำดับ	ประเภท/รายการ	หน่วย	ราคากลางต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
๑	อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม			
	๑.๑ ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (รัฐบาล)	คน	ไม่เกิน ๓๕ บาท	
	๑.๒ ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (เอกชน)	คน	ไม่เกิน ๕๐ บาท	
๒	อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม			
	๒.๑ ค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม (รัฐบาล)	คน	ไม่เกิน ๘๐ บาท	
	๒.๒ ค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม (เอกชน)	คน	ไม่เกิน ๒๕๐ บาท	
๓	อัตราการเบิกจ่ายค่าสมนาคุณวิทยากร			
	๓.๑ วิทยากร (รัฐบาล)	ชั่วโมง	ไม่เกิน ๖๐๐ บาท	
	๓.๒ วิทยากร (เอกชน)	ชั่วโมง	ไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท	
๔	อัตราค่าวัสดุ วัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์		ตามความจำเป็น เหมาะสม	
๕	อื่น ๆ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์		ตามความจำเป็น เหมาะสม	

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

๗. การรายงานผล

๗.๑ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด

๗.๒ รายละเอียดค่าใช้จ่าย (รายรับ-รายจ่าย)

๗.๓ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายงบประมาณ เช่น หนังสือเชิญวิทยากร, หนังสือตอบรับจากวิทยากร/หน่วยงานที่สังกัด, ใบสำคัญรับเงินค่าวิทยากร, แนวนโยบายบัตรประจำตัวประชาชน, การจัดซื้อจัดจ้าง, ใบสำคัญรับเงิน, ใบเสร็จรับเงิน, ใบส่งของ, แนวนโยบายบัตรประจำตัวหรือเอกสารของผู้รับเงิน (เอกสารร้านค้า) เป็นต้น

๗.๔ เอกสารใบลงทะเบียน ผู้เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม

๗.๕ ภาพถ่ายกิจกรรม เช่น รูปพิธีเปิด, วิทยากรบรรยาย, รูปป้ายโครงการ, รูปผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด, รูปกิจกรรมออกเยี่ยม, รูปกิจกรรมรณรงค์, รูปอาหารว่างเข้าบายและรูปอาหารกลางวัน, รูปในโครงการ/กิจกรรม จะต้องเป็นรูปปัจจุบันเท่านั้น ไม่น้อยกว่า ๑๐ ภาพ

๗.๖ อื่น ๆ เช่น แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม แบบประเมินคะแนน (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มโครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง (โครงการสนับสนุนและส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และงานวิชาการ)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๒) ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ “ให้พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคล สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑

จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

.....

๒. ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

.....

๓. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

สถานการณ์ของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ขนาดของปัญหาสุขภาพในพื้นที่

จึงมีความจำเป็นต้องจัดแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม.....ให้แก่ (กลุ่มเป้าหมาย) จำนวน.....คน
เพื่อ.....

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

๔. วัตถุประสงค์ (สนับสนุนและส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม และงานวิชาการ ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่อย่างไร)

๑.....

๒.....

๕. กลุ่มเป้าหมาย

.....

๖. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับหลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

๑.....

๒.....

๓.....

๔.....

๗. ระยะเวลาดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....

.....

๘. สถานที่...

๘. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....
.....

๙. งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการ)

ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จำนวนเงิน.....บาท (.....)
รายละเอียดค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด)

- ๑.....
๒.....
๓.....
๔.....

๑๑. คำรับรองความซื่อสัตย์ของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....ในฐานะของผู้เสนอ
แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....
ขอรับรองว่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ที่เสนอขอรับการ
สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ในครั้งนี้

☐ ไม่ได้เข้าซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และเพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เข้าซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือ
พื้นที่ ให้พิจารณาดำเนินงาน ดังนี้

- ☐ ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
☐ ดำเนินงานที่ ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง
☐ ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง
หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป
☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน

☐ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกัน
สุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และตามระเบียบระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เรื่อง
หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๑๒. ผู้รับผิดชอบ...

๑๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล:.....ตำแหน่ง:.....
สถานที่ติดต่อ:.....
โทรศัพท์:E-mail:

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

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

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

หมายเหตุ ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

(แบบประมาณการค่าใช้จ่าย)
รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		
๑๑		
๑๒		
๑๓		
๑๔		
๑๕		
รวม		

(ตัวหนังสือ) (.....)

หมายเหตุ ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องแสดงรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และความจำเป็นเหมาะสมในการใช้งบประมาณกองทุน

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนฯ :

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณโครงการที่ได้รับ.....บาท (.....)

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท (.....)

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (.....) (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการ ตามบันทึกข้อตกลง การรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เลขที่...../วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน..... ฉบับ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตพื้นที่อย่างไร)

.....
.....

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....จึงขอส่ง เงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน

☐ ภาพถ่าย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....



เอกสารแนบท้าย (๓)

ระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

หลักเกณฑ์การพิจารณาค่าใช้จ่าย ที่สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อเตรียมความพร้อมและรับมือกับโรคติดต่อ หรือภัยธรรมชาติ หรือภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุขและสังคมที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่ (ตามประกาศ ข้อ ๑๑ (๓)) โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพ จังหวัดระยอง มีแนวทาง ดังนี้

๑. ประเภทการสนับสนุน

- โครงการเตรียมความพร้อมและรับมือโรคติดต่อ หรือภัยธรรมชาติ หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและสังคม

๒. การขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการระดับปฐม และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สามารถขอรับงบประมาณ ตามความจำเป็นเหมาะสม และจัดในหน่วยงานราชการ และอัตราค่าใช้จ่ายตามที่ระเบียบราชการกำหนด

๓. นิยาม

๓.๑ ภาวะฉุกเฉิน: สถานการณ์ที่มีแนวโน้มหรือเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ชีวิต ทรัพย์สิน หรือความเป็นอยู่ของประชาชนในวงกว้าง

๓.๒ โรคติดต่อ: โรคที่เกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคซึ่งสามารถแพร่โดยตรงหรือทางอ้อมมาสู่คน

๓.๓ ภัยธรรมชาติ: ภัยที่เกิดจากปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ

๓.๔ ภาวะฉุกเฉินทางสังคม: เหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสังคมหรือจิตใจของประชาชน

๔. หลักเกณฑ์การพิจารณา

๔.๑ ความจำเป็นเร่งด่วน เป็นปัญหาที่หากไม่ดำเนินการจะเกิดความเสียหายต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง

๔.๒ สถานการณ์จริง มีข้อมูลทางระบาดวิทยา มีการประกาศแจ้งเตือนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรองรับ

๔.๓ หน่วยงานที่เสนอโครงการต้องมีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินงานทันที

๔.๔ ไม่ซ้ำซ้อน ต้องตรวจสอบว่าไม่ซ้ำซ้อนกับงบประมาณปกติ หรือขอช่วยเหลือภัยพิบัติกรณีฉุกเฉินของจังหวัด

๕. ขอบเขตการสนับสนุนงบประมาณ

๕.๑ ค่าวัสดุ เวชภัณฑ์ สารเคมีกำจัดเชื้อ/แมลง อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) วัสดุวิทยาศาสตร์

๕.๒ ค่าใช้สอย ค่าจ้างเหมารถ/เรือ ค่าอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง

๕.๓ ค่าตอบแทนวิทยากร หรือค่าป่วยการตามระเบียบ

หมายเหตุ : ไม่สนับสนุนค่าครุภัณฑ์ขนาดใหญ่ (ยกเว้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งและผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการกองทุนฯ)

๖. การกำกับ...

๖. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

๖.๑ รายงานสถานการณ์ กรณีเกิดโรคระบาด/ภัยพิบัติ ให้รายงานความคืบหน้าเป็นระยะๆ เช่น รายสัปดาห์ ผ่านช่องทางสื่อสารที่รวดเร็ว เช่น โลก โทรศัพท์ เป็นต้น

๖.๒ รายงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ

- รายงานผลการดำเนินงาน สรุปจำนวนผู้ได้รับความช่วยเหลือ ผลการควบคุมโรค
- รายงานการเงิน หลักฐานการจ่ายเงิน ใบเสร็จรับเงิน
- เงินเหลือจ่าย ส่งคืนกองทุน ภายใน ๓๐ วันหลังสิ้นสุดโครงการ

๗. อัตราการเบิกจ่ายเงินงบประมาณโครงการ/กิจกรรม

ลำดับ	ประเภท/รายการ	หน่วย	ราคากลางต่อหน่วย (บาท)	หมายเหตุ
๑	อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม			
	๑.๑ ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (รัฐบาล)	คน	ไม่เกิน ๓๕ บาท	
	๑.๒ ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (เอกชน)	คน	ไม่เกิน ๕๐ บาท	
๒	อัตราการเบิกจ่ายค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม			
	๒.๑ ค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม (รัฐบาล)	คน	ไม่เกิน ๘๐ บาท	
	๒.๒ ค่าอาหารพร้อมน้ำดื่ม (เอกชน)	คน	ไม่เกิน ๒๕๐ บาท	
๓	อัตราการเบิกจ่ายค่าสมนาคุณวิทยากร			
	๓.๑ วิทยากร (รัฐบาล)	ชั่วโมง	ไม่เกิน ๖๐๐ บาท	
	๓.๒ วิทยากร (เอกชน)	ชั่วโมง	ไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท	
๔	อัตราค่าวัสดุ วัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์		ตามความจำเป็น เหมาะสม	
๕	อื่น ๆ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์		ตามความจำเป็น เหมาะสม	

๘. การรายงานผล

๘.๑ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแบบฟอร์มที่กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยองกำหนด

๘.๒ รายละเอียดค่าใช้จ่าย (รายรับ-รายจ่าย)

๘.๓ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับ การเบิกจ่ายเงินงบประมาณ เช่น หนังสือเชิญวิทยากร, หนังสือตอบรับจากวิทยากร/หน่วยงานที่สังกัด, ใบสำคัญรับเงินค่าวิทยากร, แนวนโยบายประจำปีประชาชน, การจัดซื้อจัดจ้าง, ใบสำคัญรับเงิน, ใบเสร็จรับเงิน, ใบส่งของ, สำเนาบัตรประจำตัวหรือเอกสารของผู้รับเงิน (เอกสารร้านค้า) เป็นต้น

๘.๔ เอกสารใบลงทะเบียน ผู้เข้าร่วมโครงการ/กิจกรรม

๘.๕ ภาพถ่ายกิจกรรม เช่น รูปพิธีเปิด, วิทยากรบรรยาย, รูปป้ายโครงการ, รูปผู้เข้าร่วมอบรมทั้งหมด, รูปกิจกรรมออกเยี่ยม, รูปกิจกรรมรณรงค์, รูปอาหารว่างเข้าค่ายและรูปอาหารกลางวัน, รูปในโครงการ/กิจกรรม จะต้องเป็นรูปปัจจุบันเท่านั้น ไม่น้อยกว่า ๑๐ ภาพ

๘.๖ อื่น ๆ เช่น แบบทดสอบก่อน-หลังการอบรม แบบประเมินคะแนน (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มโครงการขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง (โครงการเตรียมความพร้อมและรับมือโรคติดต่อ ภัยธรรมชาติ และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและสังคม)

ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ ข้อ ๒๑ (๒) ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ “ให้พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติฯ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑

จึงได้จัดทำแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ชื่อ ☐ แผนงาน ☐ โครงการ ☐ กิจกรรม

.....

๒. ชื่อ ☐ หน่วยงาน ☐ องค์กร ☐ กลุ่มประชาชน

.....

๓. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

สถานการณ์ของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ขนาดของปัญหาสุขภาพในพื้นที่

จึงมีความจำเป็นต้องจัดแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม.....ให้แก่ (กลุ่มเป้าหมาย) จำนวน.....คน

เพื่อ

๔. วัตถุประสงค์ (เตรียมความพร้อมและรับมือกับโรคติดต่อ หรือภัยธรรมชาติ หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและสังคมที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่อย่างไร)

๑.....

๒.....

๕. กลุ่มเป้าหมาย

.....

๖. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งรวมถึงระเบียบ ข้อบังคับหลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

๑.....

๒.....

๗. ระยะเวลาดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....

๘. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....

๙. งบประมาณ (ให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการ)

ขอรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จำนวนเงิน.....บาท (.....)

รายละเอียดค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

๑๐. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด)

๑.....

๒.....

๑๑. คำรับรอง...

๑๑. คำรับรองความซ้ำซ้อนของงบประมาณ

ข้าพเจ้า.....(ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....ในฐานะของผู้เสนอ
แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

ขอรับรองว่าแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..... ที่เสนอขอรับการ
สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ในครั้งนี้

☐ ไม่ได้ซ้ำซ้อนกับงบประมาณที่ได้รับจากแหล่งอื่น และเพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศคณะกรรมการ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ให้
พิจารณาดำเนินงาน ดังนี้

- ☐ ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
- ☐ ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด
และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง
- ☐ ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง
หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่า ๑ แห่งขึ้นไป
- ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์กรบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน

☐ รับทราบถึงกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และวิธีการดำเนินงาน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ
หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และตามระเบียบระเบียบกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัด
ระยอง เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง พ.ศ. ๒๕๖๙

๑๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ-สกุล:..... ตำแหน่ง:.....
สถานที่ติดต่อ:.....โทรศัพท์:.....E-mail:.....

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

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

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

หมายเหตุ: ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้
คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้
องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙

(แบบประมาณการค่าใช้จ่าย)

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		
๑๑		
๑๒		
๑๓		
๑๔		
๑๕		
รวม		

(ตัวหนังสือ) (.....)

หมายเหตุ ผู้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง จะต้องแสดงรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้คณะกรรมการกองทุน พิจารณาว่าเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และความจำเป็นเหมาะสมในการใช้งบประมาณกองทุน

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อหน่วยงานที่ขอรับงบประมาณกองทุนฯ :

๒. งบประมาณ

๒.๑ งบประมาณโครงการที่ได้รับ.....บาท (.....)

๒.๒ งบประมาณที่ได้ใช้ไปในการดำเนินงานโครงการ.....บาท (.....)

๒.๓ งบประมาณคงเหลือ.....บาท (.....) (ถ้ามี)

๓. ผลการดำเนินการ

๓.๑ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอรายงานผลการดำเนินโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง เลขที่...../วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓.๒ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่นจำนวน..... ฉบับ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

๓.๓ ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาท มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๓.๔ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตพื้นที่อย่างไร)

.....

.....

๔. ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือฉบับนี้

๕. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☐ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ).....

๖. เอกสารประกอบการรายงานผลการดำเนินแผนงาน

☐ ภาพถ่าย

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ: กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ลงนามไม่น้อยกว่า จำนวน ๓ คน

ประกาศคณะกรรมการ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงให้มีความสอดคล้องกับบริบทการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) และ (๕) และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติการประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๘ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒

(๒) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“องค์การบริหารส่วนจังหวัด” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยองค์การบริหารส่วนจังหวัด

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล เมืองพัทยาตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการเมืองพัทยา หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งแต่ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานคร

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด และให้หมายความรวมถึงกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด

“การจัดบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขในชุมชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อ สุขภาพและการดำรงชีวิต นอกเหนือจากการจัดบริการปกติของหน่วยบริการ

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย และจิตใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ

“การป้องกันโรค” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรค และการป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว รวมถึงการจัดกระบวนการ หรือกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรค

“การฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า บริการที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพหรือ ความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น โดยอาศัยกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพ ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การจัดหาและสนับสนุน กายอุปกรณ์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคม ได้อย่างเต็มศักยภาพ

“การรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก” หมายความว่า การจัดบริการหรือการจัดกิจกรรม สาธารณสุข ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเบื้องต้นในชุมชน และนอกเหนือจากการจัดบริการปกติ ของหน่วยบริการ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการมากขึ้น

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่ไม่ได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่ไม่ได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“องค์กรหรือกลุ่มประชาชน” หมายความว่า องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน หรือบุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้ จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดที่จะได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่

(๒) มีงบประมาณในการสบทบเงินกองทุนตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสมทบกองทุน

ข้อ ๖ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้มีกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขรวมถึงการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากพฤติกรรมส่วนบุคคล (Determinants of Health) เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ในประกาศนี้และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๗ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุน ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจัดสรรแต่ละปีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือค่าบริการสาธารณสุขอื่นตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดในแต่ละปีงบประมาณ เช่น ค่าบริการแว่นตาสำหรับเด็ก ค่าบริการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย แผ่นเสริมซึมซับ และผ้าอ้อมทางเลือกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

(๒) เงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดในจำนวนไม่น้อยกว่าที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนของค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด และเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดกรณีที่ได้รับเงินจัดสรรค่าบริการสาธารณสุขอื่นตามที่สำนักงานกำหนด ทั้งนี้ การสมทบเงินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้ดำเนินการโดยเร็วเมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ กรณีมีความจำเป็นให้สมทบได้ไม่เกินปีงบประมาณที่สำนักงานจ่ายเงินสนับสนุน

(๓) เงินสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์หรือภารกิจที่สอดคล้องกับกองทุน โดยความเห็นชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและสำนักงาน

(๔) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุน

ข้อ ๘ ให้เงินกองทุนตามข้อ ๗ เป็นกรรมสิทธิ์ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และบริหารจัดการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข้อ ๙ กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้รับเงินจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) แล้ว มีเงินคงเหลือไม่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายตามวัตถุประสงค์กองทุน และมีความประสงค์ขอรับจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจได้รับการจัดสรรเงินเพิ่มเติม โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องสมทบเงินตามข้อ ๗ (๒)

ข้อ ๑๐ เพื่อให้การจ่ายเงินกองทุนตามประกาศนี้ไม่เป็นการซ้ำซ้อนกับการจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ให้พิจารณาดำเนินงานในเขตจังหวัด ดังนี้

(๑) ดำเนินงานในโครงการขนาดใหญ่ที่เกินศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หรือ

(๒) ดำเนินงานที่ปรากฏถึงกิจกรรมที่เป็นภาพรวมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดที่มุ่งต่อประโยชน์ของท้องถิ่นหรือประชาชนเป็นส่วนรวม และไม่เข้าไปดำเนินงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นในจังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง หรือ

(๓) ดำเนินงานตามแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรมในลักษณะที่มีความคาบเกี่ยวต่อเนื่อง หรือมีประชาชนที่ได้รับประโยชน์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมากกว่าหนึ่งแห่งขึ้นไป หรือ

(๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นร้องขอให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานแทน

ข้อ ๑๑ เงินกองทุนตามข้อ ๗ (๑) (๒) และ (๔) ให้ใช้จ่ายตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติดังต่อไปนี้

(๑) สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อส่งเสริมประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เข้าถึงการบริการสาธารณสุข และการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นได้มากขึ้น

(๒) สนับสนุนและส่งเสริมโครงการด้านพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม หรือวิชาการของ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อให้การบริการสาธารณสุขและการแก้ปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นในพื้นที่ให้มีความศักยภาพและเข้มแข็งมากขึ้น

(๓) สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เพื่อเตรียมความพร้อมและรับมือกับโรคติดต่อ หรือภัยธรรมชาติ หรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และสังคมที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่

(๔) สนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน หรือโครงการ ในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหรือพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินกองทุนตามข้อ ๗ (๑) และ ๗ (๒) ในแต่ละปีงบประมาณนั้น และกรณีมีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์หรือจัดจ้างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุน ให้สนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้น

(๕) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขอื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

เงินกองทุนที่ได้รับอนุมัติตามวรรคหนึ่ง หากต้องจัดหาครุภัณฑ์เพื่อจัดบริการสาธารณสุขให้กับบุคคล คณะกรรมการกองทุนอาจพิจารณาสนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น เว้นแต่กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชนอาจสนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกินสองหมื่นบาทต่อโครงการตามความจำเป็นและเหมาะสม และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินของหน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับการสนับสนุน

การพิจารณาอนุมัติเงินกองทุนตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการกองทุนสามารถเชิญผู้แทนหน่วยงานหรือบุคคลต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐบาลหรือภาคเอกชนหรือภาคประชาสังคม มาให้ข้อเท็จจริงหรือแสดงความคิดเห็นประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการกองทุนได้

ข้อ ๑๒ เงินกองทุนตามข้อ ๗ (๓) ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ตามวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนอื่นที่กำหนดในข้อตกลงระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน และหน่วยงานเจ้าของแหล่งทุนนั้น โดยการอนุมัติของคณะกรรมการกองทุน

ข้อ ๑๓ กรณีกองทุนได้รับค่าบริการสาธารณสุขอื่นเพิ่มเติมจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมแผนงาน โครงการ กิจกรรม หรือแผนการดูแลรายบุคคลตามที่สำนักงานกำหนด โดยการอนุมัติของคณะกรรมการกองทุน

ข้อ ๑๔ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านบริการสาธารณสุขในพื้นที่กรณีที่มีสถานการณ์ฉุกเฉิน สถานการณ์การเกิดโรคระบาด สถานการณ์ภัยพิบัติ หรือสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งมีความจำเป็นต้องให้การสนับสนุนหรือจัดบริการด้านสาธารณสุขอย่างเร่งด่วน และการเสนอให้คณะกรรมการกองทุนอนุมัติค่าใช้จ่ายตามข้อ ๑๑ อาจไม่ทันต่อสถานการณ์หรืออยู่ในภาวะที่ไม่อาจเสนอคณะกรรมการกองทุนได้ ให้นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดผู้เป็นประธานกรรมการตามข้อ ๑๖ มีอำนาจอนุมัติโครงการหรือกิจกรรมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขกรณีดังกล่าวได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม โดยให้ถือว่าโครงการหรือกิจกรรมที่ประธานกรรมการอนุมัตินั้นเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติตามประกาศนี้ และให้ประธานกรรมการรายงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบโดยเร็ว

ในกรณีที่บุคคลที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ตามวรรคหนึ่ง เป็นบุคคลภายนอกเขตจังหวัดที่มีการอนุมัติโครงการหรือกิจกรรม ให้บุคคลดังกล่าวมีสิทธิได้รับบริการภายใต้โครงการหรือกิจกรรมตามวรรคหนึ่งเช่นเดียวกับบุคคลภายในเขตจังหวัด

ข้อ ๑๕ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี การรายงานของกองทุน และการกำกับติดตามเงินกองทุน ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ และให้เงินในกองทุนสามารถใช้ในงบประมาณถัด ๆ ไปได้

- ข้อ ๑๖ ให้มีคณะกรรมการกองทุน ประกอบด้วย
- (๑) ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นที่ปรึกษา
 - (๒) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต เป็นที่ปรึกษา
 - (๓) นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นประธานกรรมการ
 - (๔) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นกรรมการ
 - (๕) ท้องถิ่นจังหวัด เป็นกรรมการ
 - (๖) พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นกรรมการ
 - (๗) ผู้ทรงคุณวุฒิในจังหวัดที่กรรมการกองทุนคัดเลือก เป็นกรรมการ
จำนวนสองคน
 - (๘) ผู้แทนสถาบันการศึกษาในจังหวัด เป็นกรรมการ
ที่กรรมการกองทุนคัดเลือก จำนวนหนึ่งคน
 - (๙) ผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด เป็นกรรมการ
ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
คัดเลือกโดยกระบวนการมีส่วนร่วม จำนวนสามคน
 - (๑๐) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป เป็นกรรมการ
ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย จำนวนหนึ่งคน
 - (๑๑) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เป็นกรรมการ
ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย จำนวนหนึ่งคน
 - (๑๒) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นกรรมการ
ที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มอบหมาย จำนวนสองคน
 - (๑๓) นักกายภาพบำบัดในหน่วยบริการ เป็นกรรมการ
ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบหมาย จำนวนหนึ่งคน
 - (๑๔) นายกเทศมนตรีที่เป็นผู้แทนระดับจังหวัดของสมาคม เป็นกรรมการ
สันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย จำนวนหนึ่งคน
 - (๑๕) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลที่เป็นผู้แทนระดับจังหวัด เป็นกรรมการ
ของสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย
จำนวนหนึ่งคน
 - (๑๖) ผู้แทนศูนย์คุ้มครองสิทธิบัตรทองในจังหวัด เป็นกรรมการ
จำนวนหนึ่งคน
 - (๑๗) ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับจังหวัด เป็นกรรมการ

- (๑๘) เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
ที่ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต
มอบหมาย
- (๑๙) ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกรรมการ
และเลขานุการ
- (๒๐) หัวหน้าหน่วยงานคลังหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานคลัง
ที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด มอบหมาย เป็นผู้ช่วยเลขานุการ
- (๒๑) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขหรือหัวหน้าส่วนราชการ
ที่รับผิดชอบงานกองทุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด
ที่นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด มอบหมาย เป็นผู้ช่วยเลขานุการ
- (๒๒) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ช่วยเลขานุการ
ที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มอบหมาย

ข้อ ๑๗ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการให้ได้มาซึ่งกรรมการตามข้อ ๑๖ (๙) (๑๐) (๑๑) (๑๒) (๑๓) (๑๔) (๑๕) (๑๖) (๑๗) (๑๘) และ (๑๙)

เมื่อได้กรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้กรรมการดังกล่าวและกรรมการตามข้อ ๑๖ (๓) (๔) (๕) และ (๖) เป็นผู้พิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิให้เป็นกรรมการตามข้อ ๑๖ (๗) และผู้แทนสถาบันการศึกษาให้เป็นกรรมการตามข้อ ๑๖ (๘)

เมื่อได้กรรมการครบองค์ประกอบแล้ว ให้ออกคำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการกองทุนและแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทราบ

ข้อ ๑๘ ให้กรรมการตามข้อ ๑๖ (๗) ถึง (๑๘) มีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปีนับแต่วันที่ออกคำสั่งแต่งตั้ง

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่งแล้ว หากยังมิได้มีการคัดเลือกกรรมการขึ้นใหม่ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการคัดเลือกขึ้นใหม่เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือกกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง และให้ผู้ได้รับการคัดเลือกอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลือของกรรมการซึ่งตนแทน เว้นแต่กรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนในกรณีที่ตำแหน่งกรรมการว่างลงไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ซึ่งยังมิได้มีการคัดเลือกกรรมการขึ้นแทนตำแหน่งที่ว่าง ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่มีอยู่

ข้อ ๑๙ กรรมการตามข้อ ๑๖ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว ให้พ้นจากตำแหน่งในกรณี ดังต่อไปนี้

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือไปประกอบอาชีพในจังหวัดอื่น
- (๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (๕) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๖) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

(๗) พ้นจากการดำรงตำแหน่งหรือการเป็นผู้แทนอันเป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการกองทุนตามข้อ ๑๖

- (๘) ขาดประชุมสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร

ข้อ ๒๐ การประชุมคณะกรรมการกองทุน ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ข้อ ๒๑ ให้คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนการบริหารจัดการกองทุนประจำปีที่สุดคล้องกับวัตถุประสงค์กองทุนแล้วเสนอต่อสำนักงานเพื่อทราบ

(๒) พิจารณออนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม รวมทั้งแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้เทียบเคียงตามระเบียบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้องหรือที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

(๓) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้

(๔) สนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นหรือพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(๕) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน

(๖) พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุน

ข้อ ๒๒ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศนี้ หรือตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย และให้นำข้อ ๒๐ มาใช้บังคับกับการประชุมของคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน โดยอนุโลม

ข้อ ๒๓ ให้กรรมการ ที่ปรึกษาและผู้ช่วยเลขานุการ อนุกรรมการ คณะทำงาน บุคคลภายนอกที่ได้รับเชิญมาประชุม และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานจ้างเหมาบริการขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ที่ได้เข้าร่วมประชุม มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นในการประชุมแล้วแต่กรณี

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒๔ กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัดใดมีเงินกองทุนคงเหลือมากกว่าหนึ่งเท่าของรายรับของกองทุนตามข้อ ๗ ของปีงบประมาณที่ผ่านมา สำนักงานอาจดการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) และองค์การบริหารส่วนจังหวัดอาจดการสมทบเงินตามข้อ ๗ (๒) ของปีงบประมาณนั้น ทั้งนี้ การใช้จ่ายเงินกองทุนในการบริหารหรือพัฒนากองทุนตามข้อ ๑๑ (๔) ในปีงบประมาณนั้น ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดสนับสนุนค่าใช้จ่ายได้ไม่เกินวงเงินของปีงบประมาณที่ผ่านมา

ข้อ ๒๕ เพื่อให้กองทุนมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนและมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ร่วมกับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด จัดให้มีกลไกสำหรับส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และดำเนินการกำกับติดตามประเมินผล โดยรายงานให้สำนักงานทราบทุกสิ้นปีงบประมาณ

กรณีพบความไม่ถูกต้องในการใช้จ่ายเงินกองทุน ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจารณาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(๑) ใช้สิทธิตามกฎหมายในการเรียกคืนค่าใช้จ่ายที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชนได้รับ

(๒) ระงับ หรือชะลอการจ่ายค่าใช้จ่ายที่พึงได้รับในงวดถัดไป

(๓) ดำเนินการตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

เมื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการตามวรรคสองแล้ว ให้รายงานให้สำนักงานทราบโดยเร็ว

ข้อ ๒๖ กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัดใดไม่สมทบเงิน หรือไม่มีการดำเนินกิจกรรมใดต่อเนื่องตั้งแต่สองปีงบประมาณขึ้นไป สำนักงานอาจเรียกเงินคืนหรือประกาศยุบเลิกกองทุนได้ และให้การโอนเงินหรือทรัพย์สินของกองทุนเป็นไปตามที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๗ ให้เงินกองทุน คณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ระเบียบ ประกาศ หลักเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติ และการดำเนินงานต่าง ๆ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระตำหนักจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นเงินในกองทุน เป็นคณะกรรมการกองทุน เป็นคณะอนุกรรมการ เป็นคณะทำงาน เป็นระเบียบ เป็นประกาศ เป็นหลักเกณฑ์ เป็นแนวทางปฏิบัติ และเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องตามประกาศนี้

ให้กรรมการกองทุน อนุกรรมการ และคณะทำงานตามวรรคหนึ่ง อยู่ในตำแหน่งต่อไปได้ไม่เกินเก้าสิบวันนับจากวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการตามข้อ ๑๖ ต่อไป

ข้อ ๒๘ การดำเนินงานใดที่สำนักงานยังไม่ได้กำหนดขึ้นตามประกาศนี้ ให้ใช้กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ของสำนักงาน องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือส่วนราชการอื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องมาใช้บังคับโดยอนุโลม

ข้อ ๒๙ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙

พัฒนา พร้อมพัฒน์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙
ลงวันที่ ๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๙

หมวด ๑

การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี และรายงานของกองทุน

๑. การรับเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน

๑.๑ บรรดาเงินรายรับของกองทุนให้นำส่งเข้าบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัด... ที่เปิดบัญชีกับสถาบันการเงินเฉพาะกิจของรัฐ ประเภทบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัด.....” ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

เว้นแต่กรณีที่ได้รับเงินค่าบริการสาธารณสุขอื่น ในให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเปิดบัญชีกับธนาคารที่สำนักงานกำหนด โดยใช้ชื่อบัญชีว่า “กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัด... เพื่อบริการ...” แยกออกจากบัญชีกองทุนตามวรรคหนึ่ง

กรณีเงินที่ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้รับจากแหล่งทุนอื่น ในให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเปิดบัญชีแยกออกจากบัญชีกองทุนตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง ทั้งนี้ การเปิดบัญชีและชื่อบัญชีให้เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานเจ้าของแหล่งทุน

ทั้งนี้ บัญชีกองทุนที่ได้เปิดบัญชีไว้แล้วก่อนประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นบัญชีเงินฝากตามประกาศนี้

๑.๒ การรับเงินเข้ากองทุนให้รับเป็นเงินสด เช็ค หรือโอนเข้าบัญชีทางธนาคาร หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-Payment) หรือวิธีอื่นตามที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด และให้ออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ผู้ชำระเงินทุกครั้ง เว้นแต่การรับเงินที่ได้รับการจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือการรับเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้ใช้หลักฐานการโอนเงินทางธนาคาร หรือหลักฐานอื่นที่คณะกรรมการกองทุนเห็นสมควร เป็นหลักฐานอ้างอิงในการบันทึกบัญชีรายรับ

๑.๓ เงินสดที่กองทุนได้รับไว้ให้นำฝากเข้าบัญชีตามข้อ ๑.๑ ภายในวันที่ได้รับเงิน หากไม่สามารถนำเงินดังกล่าวฝากเข้าบัญชีได้ทัน ให้เจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดมอบหมาย นำเงินสดจำนวนดังกล่าวเก็บรวมไว้ในซองหรือหีบห่อ ระบุเงินกองทุน จำนวนเงิน ปิดผนึกลงลายมือชื่อผู้รับผิดชอบ และนำฝากไว้ที่ตู้নিরภัยหรือสถานที่เก็บรักษาเงินขององค์การบริหารส่วนจังหวัด แล้วให้นำฝากเข้าบัญชีในวันทำการถัดไป

๒. การจ่ายเงินกองทุน

๒.๑ การจ่ายเงินกองทุนให้นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้ส่งจ่ายตามเงื่อนไขข้อ ๑๑ ข้อ ๑๓ และข้อ ๑๔ แล้วแต่กรณี เว้นแต่กรณีการจ่ายเงินกองทุนตามข้อ ๑๒ ให้เป็นตามที่กำหนดในข้อตกลงระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน และหน่วยงานเจ้าของแหล่งทุนนั้น

๒.๒ วิธีการจ่ายเงินกองทุนให้จ่ายได้ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ จ่ายเป็นเช็คขีดคร่อม

๒.๒.๒ จ่ายเป็นการโอนเข้าบัญชีทางธนาคารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์

๒.๒.๓ จ่ายวิธีอื่นตามที่ตกลงกับสำนักงาน

๒.๓ ให้นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดคนใดคนหนึ่ง ลงนามร่วมกับเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด คนใดคนหนึ่ง ที่นายองค์การบริหารส่วนจังหวัด มอบหมายไว้จำนวนสองคน รวมเป็นผู้ลงนามหรืออนุมัติจำนวนสองคน เป็นผู้เบิกเงินจากบัญชีกองทุน ตามเงื่อนไขการจ่ายเงินกองทุน

๒.๔ การจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น ให้ผู้บริหารสูงสุดหรือหัวหน้าของหน่วยงาน นั้น ๆ เป็นผู้รับเงิน หากไม่สามารถมารับเงินได้ด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้รับเงินแทนก็ได้กระทำได้ ทั้งนี้ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจที่ชัดเจน

๒.๕ การจ่ายเงินให้ผู้มีสิทธิรับเงินที่เป็นองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ให้ผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย จากองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ไม่น้อยกว่าสองคนขึ้นไปเป็นผู้รับเงิน

๒.๖ การจ่ายเงินกองทุนต้องมีหลักฐานการจ่ายเป็นใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน หรือหลักฐาน การนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากที่ธนาคารของผู้มีสิทธิรับเงิน หรือหลักฐานการรับเงินอย่างอื่นตามที่คณะกรรมการ กองทุนกำหนด เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓. การจัดทำบัญชีและรายงานกองทุน

๓.๑ การบันทึกบัญชีให้บันทึกตามรูปแบบที่สำนักงานกำหนด

๓.๒ รอบระยะเวลาบัญชีให้ถือตามปีงบประมาณ กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เข้าร่วมดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุน ระหว่างรอบระยะเวลาบัญชีให้เริ่มระบบบัญชี ณ วันที่ได้รับเงินเป็นครั้งแรก จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓.๓ จัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์สารสนเทศ หรือระบบอื่น และจัดส่งรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว ให้สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ เขต ทุกไตรมาส โดยให้จัดส่งภายในสามสิบวันนับจากสิ้นไตรมาส ตามรูปแบบที่สำนักงาน กำหนด

ภายในเดือนธันวาคมของทุกปีให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน รายงาน การรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุน ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนแล้ว เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๓.๔ การจัดทำบัญชีและรายงานการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนอื่น ให้เป็นตามที่กำหนด ในข้อตกลงระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน และหน่วยงานเจ้าของแหล่งทุนนั้น

หมวด ๒
การกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ
กิจกรรม หรือแผนการดูแลรายบุคคล

๔. กรณีองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงาน สาธารณสุข และหน่วยงานอื่น

๔.๑ เมื่อได้รับเงินจากกองทุนให้นำไปใช้จ่ายตามที่ได้รับอนุมัติ ทั้งนี้ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน และการจัดทำบัญชี ให้เป็นไปตามระเบียบที่หน่วยงานนั้น ๆ ถือปฏิบัติ

๔.๒ เก็บหลักฐานการจ่ายเงินจากบัญชีไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.๓ เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงานตามที่ได้รับอนุมัติแล้ว ให้รายงานผลการดำเนินงาน และรายงาน การจ่ายเงิน ตามที่สำนักงานกำหนด เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบและให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด เก็บไว้เพื่อการตรวจสอบ

๔.๔ กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนภายในสามสิบวันนับ จากวันสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินงานตามที่ได้รับอนุมัติ

๕. กรณีองค์กรหรือกลุ่มประชาชน

๕.๑ เมื่อได้รับเงินจากกองทุนให้นำไปใช้จ่ายตามที่ได้รับอนุมัติ

๕.๒ การจัดซื้อจัดจ้างให้ถือราคากลางตามระเบียบของทางราชการ หรือราคาตลาดโดยทั่วไป ในขณะที่จัดซื้อจัดจ้าง และให้แนบเอกสารในการจัดซื้อจัดจ้าง หรือใบเสร็จรับเงิน หรือใบสำคัญรับเงิน ไว้กับรายงานการจ่ายเงิสดังกล่าวด้วย

๕.๓ เมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงานตามที่ได้รับอนุมัติแล้ว ให้รายงานผลการดำเนินงานและรายงานการ จ่ายเงิน ตามที่สำนักงานกำหนด เพื่อให้คณะกรรมการกองทุนทราบ และให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเก็บไว้ เพื่อการตรวจสอบ

๕.๔ กรณีที่มีเงินเหลือจากการดำเนินงานให้นำเงินที่เหลือส่งคืนกองทุนภายในสามสิบวัน นับจากวันสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินงานตามที่ได้รับอนุมัติ

๖. กรณีการกำกับติดตามการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของแหล่งทุนอื่น ให้เป็นตามที่กำหนดในข้อตกลง ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงาน และหน่วยงานเจ้าของแหล่งทุนนั้น

หมวด ๓

ค่าตอบแทน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็น
ในการประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน

๗. ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าประชุมตามข้อ ๒๓ ให้จ่ายในอัตรา ดังต่อไปนี้

๗.๑ ค่าตอบแทนในการประชุมคณะกรรมการกองทุน ไม่เกินครั้งละ ๕๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท

๗.๒ ค่าตอบแทนในการประชุมคณะอนุกรรมการ ไม่เกินครั้งละ ๔๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๘๐๐ บาท

๗.๓ ค่าตอบแทนในการประชุมคณะทำงาน ไม่เกินครั้งละ ๓๐๐ บาทต่อคน เดือนหนึ่งไม่เกิน ๖๐๐ บาท

๘. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับผู้เข้าประชุมตามข้อ ๒๓ ให้จ่ายในอัตราเทียบเคียงตามระเบียบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

๙. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นในการประชุม ให้จ่ายในอัตราเทียบเคียงตามระเบียบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

QR CODE Facebook



QR CODE Line



กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดระยอง



ตึกองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง ชั้น 6
140 หมู่ 2 ถ.สุขุมวิท ต.เนินพระ อ.เมือง จ.ระยอง 21000



โทร. 038-617-430 ต่อ 203 หรือ มือถือ. 095-818-0720