



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 4599
วันที่ 29 ก.ค. 65
เวลา 12:56

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว(กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ)โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ ต่อ ๓๐๒

ที่ สก ๐๐๓๓.๐๐๘/๖ ๒๓๒๔

วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตเข้าร่วมโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว

๑. เรื่องเดิม

ด้วยกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว กำหนดดำเนินงานโครงการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ในวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว ชั้น ๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว และชี้แจงแนวทางการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

๒. ข้อเท็จจริง

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว ได้ขอเรียนเชิญ คณะกรรมการ ฯ ที่ได้รับการแต่งตั้งเข้าร่วมโครงการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ในวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว ชั้น ๑

๓. ข้อพิจารณา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ขอความร่วมมือจากท่านมอบหมายบุคลากรจากหน่วยงานท่านที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ ฯ ตามรายชื่อแนบ เข้าร่วมโครงการอบรมฯ ในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว และตอบรับการเข้าร่วมโครงการอบรม ฯ ทาง E-mail: Pafan_babe@hotmail.com ภายในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕

๔. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และมอบหมายผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมโครงการอบรมฯ ต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรมอบ.....
☐ อื่นๆ

(นางคารรัตน์ ไหว้งศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

30 ส.ค 2565

**โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว

๑. หลักการและเหตุผล

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง ได้จัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนด้านสาธารณสุข ในการดูแลส่งเสริมให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในท้องถิ่น ตลอดจนส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระยะยาว โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปลายปีงบประมาณ ๒๕๕๙ เป็นต้นมา ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้วเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพื่อให้หน่วยบริการ องค์กร ชุมชน สมาคมที่เกี่ยวข้องทราบถึงบทบาทหน้าที่ แนวทางการดำเนินงานของกองทุนฯ จึงได้จัดทำโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ขึ้น

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว

๒.๒ เพื่อชี้แจงแนวทางการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว

๒.๓ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๓. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓๑๐ คน ประกอบด้วย

๓.๑ ผู้แทนหน่วยบริการที่ลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพ จำนวน ๑๓ แห่งๆ ละ ๑ คน รวม ๑๓ คน

๓.๒ ชมรมคนพิการ ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑๙ แห่งๆ ละ ๑ คน รวม ๑๒๖ คน ดังนี้

๓.๒.๑ ผู้แทนคนพิการ จำนวน ๑๑ คน

๓.๒.๒ ผู้แทนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๑๕ คน

๓.๓ คณะทำงาน จำนวน ๔๐ คน ประกอบด้วย

๓.๓.๑ คณะกรรมการ จำนวน ๒๓ คน

๓.๓.๒ คณะอนุกรรมการ ๕ คณะ จำนวน ๕๕ คน

๓.๓.๓ คณะทำงานฯ ๒ คณะ จำนวน ๑๒ คน

๓.๔ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่จังหวัดสระแก้ว จำนวน ๖๖ แห่งๆ ละ ๑ คน รวม ๖๖ คน

๓.๕ วิทยากร จำนวน ๕ คน

๓.๖ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐ คน

๔. พื้นที่ดำเนินการ

องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

๕. ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกันยายน ๒๕๖๕

๖. วิธีดำเนินการ

๖.๑ เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณ

๖.๒ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

๖.๓ ดำเนินการจัดอบรม เพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน

๖.๔ สรุปผลการดำเนินโครงการ

๗. งบประมาณ

งบประมาณด้านการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นจำนวนเงิน ๕๔,๕๒๐.- บาท (ห้าหมื่นเก้าพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน) รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๘.๑ ผู้เข้าร่วมอบรมมีความเข้าใจในการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว

๘.๒ ผู้เข้าร่วมอบรมมีความเข้าใจในแนวทางการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว เพิ่มมากขึ้น

๘.๓ ผู้เข้าร่วมอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๙. ผู้เสนอโครงการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอโครงการ

(นางสาวพาฝัน ขวัญข้าว)

นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ

อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการฯ ด้านการบริหารจัดการ

/๓๐. ความเห็นของ...

๑๐. ความเห็นของผู้ตรวจสอบโครงการ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบโครงการ
(นายพิพัฒน์ จิตละมุน)

หัวหน้าฝ่ายนิติการ รักษาการแทน
หัวหน้าสำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฟื้นฟูฯ

๑๑. ความเห็นของผู้เห็นชอบโครงการ

(ลงชื่อ).....
(นายวุฒิพงษ์ บ้านโพธิ์)

ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว
กรรมการและเลขานุการกองทุนฟื้นฟูฯ

๑๒. ผู้อนุมัติโครงการ

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

(นางขวัญเรือน เทียนทอง)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว
ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูฯ

ประมาณการค่าใช้จ่าย
โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระคัมภีร์จังหวัดสระแก้ว
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
๑	ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๓๑๐ คน - สำหรับผู้เข้าอบรม จำนวน ๓๑๐ คนๆ ละ ๑ มื้อๆ ละ ๘๐.- บาท เป็นจำนวนเงิน ๒๔,๘๐๐.- บาท	๒๔,๘๐๐.-	
๒	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๓๑๐ คนๆ ละ ๒ มื้อๆ ละ ๓๕.- บาท เป็นจำนวนเงิน ๒๑,๗๐๐.- บาท	๒๑,๗๐๐.-	
๓	ค่าตอบแทนวิทยากรบรรยาย (ภาครัฐ) จำนวน ๔ คน รวม ๖ ชั่วโมงๆ ละ ๖๐๐.- บาท เป็นจำนวนเงิน ๓,๖๐๐.- บาท	๓,๖๐๐.-	
๔	ค่าจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ พร้อมติดตั้ง ขนาด ๓ x ๗ เมตรๆ ละ ๒๒๐.- บาท จำนวน ๑ ป้าย เป็นจำนวนเงิน ๔,๖๒๐.- บาท	๔,๖๒๐.-	
๕	ค่าพาหนะสำหรับวิทยากร จำนวน ๔ คน (ไป-กลับ) ประมาณการคนละ ๑,๐๐๐.- บาท x ๔ คน เป็นจำนวนเงิน ๔,๐๐๐.- บาท	๔,๐๐๐.-	
๖	ค่าที่พักสำหรับวิทยากร จำนวน ๑ ห้อง (๘๐๐.- บาท/ห้อง/คืน) เป็นจำนวนเงิน ๘๐๐.- บาท	๘๐๐.-	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ห้าหมื่นเก้าพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)		๕๙,๕๒๐.-	

หมายเหตุ : หากรายการใดรายการหนึ่งไม่เพียงพอ ทั้งนี้ สามารถดัดจ่ายได้ทุกรายการ

**กำหนดการโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ ๒๕๖๕**
วันที่.....

ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว

๐๘.๐๐ น. - ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียน
๐๘.๓๐ น. - ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิดการอบรม โดย นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัดสระแก้ว
๐๙.๐๐ น. - ๑๐.๓๐ น.	บรรยาย เรื่อง สิทธิคนพิการ และผู้สูงอายุ โดย วิทยากรจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสระแก้ว
๑๐.๓๐ น. - ๑๒.๐๐ น.	บรรยาย เรื่อง แนวทางการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ ระดับจังหวัดสระแก้ว โดย วิทยากรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง
๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ น. - ๑๔.๓๐ น.	บรรยาย เรื่อง เกณฑ์การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฟื้นฟูฯ โดย วิทยากรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๖ ระยอง
๑๔.๓๐ น. - ๑๖.๐๐ น.	อภิปรายเกี่ยวกับประเด็น เรื่อง เกณฑ์การขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนฟื้นฟูฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดย ผู้แทนจากคณะกรรมการฯ ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน ๒ คน
๑๖.๐๐ น. - ๑๖.๓๐ น.	สรุปตอบข้อซักถาม/ร่วมอภิปรายปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา

.....

หมายเหตุ : รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น. และ ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.
กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
ที่จำเป็นต่อสุขภาพพระระดับจังหวัดสระแก้ว

ในวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ หอประชุมข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้ว ชั้น ๑

ชื่อ - นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์.....
ชื่อหน่วยงาน.....

- ☐ สามารถเข้าร่วมโครงการอบรมฯ ได้
- ☐ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการอบรมฯ ได้ ขอมอบหมายให้

ชื่อ - นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
เข้าร่วมประชุมแทน

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบตอบรับทาง E-mail : Pafan_babe@hotmail.com
ภายในวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๕