**โครงการภายใต้การบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด**

**โครงการศูนย์สาธิต ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**ที่บ้าน สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งระยะเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และ**

**โครงการการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อขอรับการสนับสนุนจาก**

**กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ**

**โครงการที่ 1**

**ชื่อโครงการ : โครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประจำปีงบประมาณ ............. โรงพยาบาล........................... อำเภอ.......................จังหวัดสระบุรี**

**1. หลักการและเหตุผล**

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศไทยเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง   
ซึ่งเป็นผล จากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนในสังคมไทย ประกอบกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ  
มักตามมาด้วย โรคหลอดเลือดสมอง อาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ทำให้มีความพิการตามมาจากการศึกษาข้อมูลย้อนกลับและแนวทางการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ของจังหวัดสระบุรี พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายในปี ๒๕๕๘ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑.๒ ของจำนวนประชากรทั้งหมด ยังไม่รวมถึงผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้มีภาวะพึ่งพิง คนพิการ ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มผู้มีภาวะเหล่านี้มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็มีปัญหาในการดำรงชีวิต  
ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในระยะยาวโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เนื่องจากมีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการและความยุ่งยากที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง หรือแม้แต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ในเขตอำเภอเมือง....................ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อย ปัญหาสำคัญจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เกี่ยวกับกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการ มีสาเหตุปัจจัย ดังนี้

1. ความเจริญทางด้านการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีชีวิตรอดเพิ่มขึ้น แต่ก็กลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมากขึ้นเช่นกัน

2. โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน แต่ยังขาดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันหรือผู้ป่วย Subacute ในชุมชน

3. ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพมีปัญหาด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง ปัจจุบันบริบทของอำเภอ.....................จังหวัดสระบุรี เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2560 กับปีงบประมาณ 2561 มีคนพิการเพิ่มขึ้นจำนวน.............. คน ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวน ......................คน และมีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน............คน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ แต่เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่มีราคาแพงประกอบกับผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้งานที่ถูกต้อง และโรงพยาบาล......................เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯแล้ว จำนวน............................บาท แต่พบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้น โรงพยาบาล...................จึงจัดทำโครงการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ประจำปีงบประมาณ 2562 เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนในการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม และให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเข้าถึงบริการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**2. วัตถุประสงค์**

2.1 เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยบริการให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้ครอบคลุมและตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

2.2 เพื่อให้บริการสาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการกับกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถใช้ฟื้นฟู

สมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านได้

2.3 เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

**3. กลุ่มเป้าหมาย**

คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีฐานะยากจน ด้อยโอกาส

และแพทย์วินิจฉัยว่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

**4. วิธีการดำเนินงาน**

4.1 สำรวจจำนวนคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่กึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง   
ในเขต/อำเภอ........................... และประเมินภาวะความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฯ

4.2 จัดทำโครงการเสนอกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี

4.3 ดำเนินการจัดซื้ออุปกรณ์ฯให้ถูกต้องตามระเบียบ

4.4 จัดทำทะเบียนคุมอุปกรณ์ฯ

4.5 ให้บริการกลุ่มเป้าหมาย ติดตามเยี่ยมบ้าน ในกรณีผู้รับบริการเสียชีวิต หรือไม่มีความจำเป็น ต้องใช้อุปกรณ์ ให้ญาติหรือผู้ดูแลส่งคืนอุปกรณ์

4.6 รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด............................ทราบ

**5. งบประมาณ**

ขอรับการสนับสนุนจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นเพื่อสุขภาพจังหวัดสระบุรี เป็นเงิน  
จำนวน......................................บาท (.......................................................บาทถ้วน) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1………………………………….จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ………………บาท

5.2……………………………….…จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ……………...บาท

5.3……………………………….…จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ………………บาท

5.4……………………………….…จำนวน …… รายการ X 0000 บาท เป็นเงิน ………………บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น .......................บาท (......................................บาทถ้วน)

**6. สถานที่ดำเนินการ**

ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล.............................อำเภอ.......................จังหวัดสระบุรี

**7. ระยะเวลาดำเนินการ**

ตั้งแต่ปีงบประมาณ ........................................... เป็นต้นไป

**8. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์**

8.1 หน่วยบริการมีการให้บริการสาธิตและยืมอุปกรณ์ฯ มีห้องเก็บรักษาอุปกรณ์ และมีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง

8.2 กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มขึ้น

8.3 กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์ฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

**9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

9.1 หน่วยบริการได้พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟู

สมรรถภาพที่บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล

9.2 กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการยืมกายอุปกรณ์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน

9.3 ผู้ใช้บริการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจ ส่งผลดีต่อสุขภาพหรือการบำบัดรักษา ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย

**10. ผู้รับผิดชอบโครงการ**

ชื่อ-สกุล.................................................. ตำแหน่ง:………….......……....…………………………สถานที่ติดต่อ : กลุ่มงาน...........................................ชื่อหน่วยบริการ......................................................................อำเภอ.................... จังหวัดสระบุรี โทรศัพท์: ....................................มือถือ: ........................................................ E-mail: .......................................

ผู้เสนอโครงการ

(………...............................................)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล....................

ผู้เห็นชอบโครงการ

(…....................................................)

อนุกรรมการด้านการแพทย์และกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดสระบุรี