



ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
เพื่อดำเนินงานตามแผนงาน สนับสนุนการให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ บริการชุมชนและที่บ้าน
การจัดสภาพแวดล้อม การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามมติคณะกรรมการ สปสช.

ตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ได้ลงนาม
ในบันทึกข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระดับจังหวัด เลขที่ ๖๖/B/๐๐๑๖๓
ลงวันที่ ๒๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อสนับสนุนให้คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
ให้มีสิทธิได้รับบริการขั้นพื้นฐาน คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี จึงออกระเบียบ
เพื่อดำเนินงานพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน
และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดังต่อไปนี้

อาศัยอำนาจตามความข้อ ๑๕ (๓) ของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๒
และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบกับมติคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
จังหวัดลพบุรี ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อคราวประชุมวันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี เพื่อดำเนินงาน
ตามแผนงาน สนับสนุนการให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ บริการชุมชนและที่บ้าน การจัดสภาพแวดล้อม การสนับสนุน
และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามมติคณะกรรมการ สปสช.”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้บังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ได้ออกโดยเปิดเผย ณ ที่ทำการองค์การ
บริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ” หมายความว่า กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการกองทุนฯ
พิจารณาแต่งตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลืองานด้านต่างๆ ได้แก่ คณะอนุกรรมการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
คณะอนุกรรมการด้านกลั่นกรอง/ตรวจสอบ สภาพบ้าน และบริหารจัดการกองทุน คณะอนุกรรมการด้านพัฒนา
คุณภาพชีวิต คณะอนุกรรมการด้านงบประมาณ การเงิน การบัญชี และพัสดุ และคณะอนุกรรมการด้านการ
ติดตามประเมินผล

“หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน” หมายความว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ และองค์กรอื่น

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ในเขตจังหวัดลพบุรี

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่มิได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่มีได้มีภารกิจด้านสาธารณสุข

“กลุ่มคนพิการ” หมายความว่า คนพิการที่รวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป เพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“กลุ่มผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุที่รวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป เพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“องค์กรอื่น” หมายความว่า กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคม องค์กร หรือมูลนิธิที่จัดตั้งขึ้น เพื่อดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีใช่เป็นการแสวงหากำไร ทั้งนี้ ไม่ว่าเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม

“ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ” คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

“คนพิการ” หมายความว่า คนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ โดยอาจมีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเคลื่อนไหว จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาการเรียนรู้ หรือภาวะบกพร่องอื่นใด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

“ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน” หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ บางส่วนอยู่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงเวลาที่มีการฟื้นตัวเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ

“ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน หรือ ตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพกำหนด

“การปรับสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน” หมายความว่า การต่อเติม ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงหรือตัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการอื่นใด เพื่อขจัดอุปสรรคหรือจัดให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

สามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวก และเหมาะสมกับสภาพความพิการ รวมถึงเพื่อความปลอดภัย และสุขอนามัย

“ผู้นำชุมชน” หมายความว่า กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชุมชน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

“เจ้าหน้าที่กองทุน” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานจ้าง หรือลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อ ๔ กลุ่มเป้าหมายที่สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ประกอบด้วย

(๑) คนพิการทุกประเภทตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
(๒) ผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันแต่ยังไม่เข้าเกณฑ์เป็นคนพิการ โดยอาจมีภาวะบกพร่องอื่นใด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ

(๓) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในช่วงระยะเวลาที่มีการฟื้นตัว

(๔) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Bathel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน

(๕) กลุ่มเป้าหมายตามข้อ (๑) - (๔) จะต้องเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี และ/หรือ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎรในจังหวัดลพบุรี

ข้อ ๕ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรีให้จ่ายเป็นค่าใช้จ่าย ดังต่อไปนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะการจัดบริการ การจัดหา รวมถึงการซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ ดังนี้

(ก) เพื่อสนับสนุนให้กับหน่วยบริการในพื้นที่ หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด สำหรับการจัดบริการให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่ คนพิการ ทั้งนี้ ตามรายการ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงานกำหนด กรณีมีความจำเป็นต้องกำหนดรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการเพิ่มเติม ให้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุน

(ข) เพื่อสนับสนุนให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่นแล้วแต่กรณี สำหรับการซ่อม ด้ดแปลง เปลี่ยนชิ้นส่วน หรือการจัดทำเป็นกรณีเฉพาะ ของอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการให้แก่คนพิการตามความจำเป็น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกองทุนกำหนด

(๒) ค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนในลักษณะโครงการ หรือกิจกรรม ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการ หน่วยบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือองค์กรอื่น ตามที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ดังนี้

(ก) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สำหรับผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการจัดหา ซ่อมแซม และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ เพื่อตอบสนอง ต่อความจำเป็นตามสภาพของบุคคลนั้นๆ

/(ข) เพื่อสนับสนุน...

(ข) เพื่อสนับสนุนการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับชุมชนและที่บ้าน

(ค) เพื่อสนับสนุนการดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมหรือบริการขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้มีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

(ง) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขตามมติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการหรือพัฒนากองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเงินสมทบจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในจำนวนที่เท่ากับหรือมากกว่าที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปีงบประมาณนั้น กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์หรือจัดจ้างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน และบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรง ให้สนับสนุนได้ตามความจำเป็น และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการเสนอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ให้ถือปฏิบัติตามแนวทางแนบท้ายระเบียบฉบับนี้

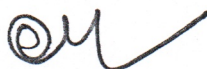
ข้อ ๗ เมื่อคณะกรรมการกองทุนอนุมัติโครงการ ตามที่หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนเสนอแล้ว ให้ดำเนินการจัดทำบันทึกข้อตกลงเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย โดยส่งจ่ายเป็นเช็คในนามหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ทั้งนี้ ให้ถือปฏิบัติตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๘ การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุ ของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกฎหมายที่ถือปฏิบัติของหน่วยงานนั้น ๆ โดยอนุโลม หรือตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดและจัดเก็บเอกสารหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

ข้อ ๙ ให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนรายงานผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ พร้อมภาพถ่ายและสำเนาเอกสารที่เกี่ยวข้องต่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ พร้อมทั้งส่งคืนเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ทั้งนี้ ให้ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี รักษาการตามระเบียบนี้ ให้มีอำนาจในการวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ และออกประกาศหลักเกณฑ์ต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติ ให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี
ประธานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการเสนอขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
แบบทำยระเบียบคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาสนับสนุนงบประมาณกองทุนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี
เพื่อดำเนินงานตามแผนงาน สนับสนุนการให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ บริการชุมชนและที่บ้าน
การจัดสภาพแวดล้อม การสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข ตามมติคณะกรรมการ สปสช.

แนวทางและวิธีปฏิบัติในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

๑. ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีดังนี้

๑.๑ หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ รวบรวมแบบคำร้องขอรับบริการเยี่ยมอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ ค่าใช้จ่ายในการจัดหาเครื่องช่วยความพิการให้แก่คนพิการตามรายการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี กำหนด พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน/โครงการเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ โดยจัดส่งที่กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

๑.๒ เลขานุการกองทุนฟื้นฟูฯ รวบรวมแผนงาน/โครงการของหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุน เข้าที่ประชุมคณะกรรมการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อพิจารณากลับกรองในเบื้องต้น และเสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูฯ เพื่อพิจารณาอนุมัติ

๑.๓ แจ้งผลการพิจารณาให้หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนทราบ

๑.๔ ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ ที่ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

๑.๕ รายงานผลการดำเนินงาน พร้อมรายงานการใช้จ่ายเงินให้คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูฯ ทราบ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่โครงการแล้วเสร็จ

๒. ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต มีดังนี้

๒.๑ ผู้ประสงค์ขอรับการปรับสภาพที่อยู่อาศัย กรอกข้อมูลในแบบคำขอให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย แล้วจัดส่งข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ตนอาศัยอยู่ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ดำเนินการตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติเบื้องต้นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการรับงบประมาณกองทุนฯ และจัดส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ หรือกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี เพื่อจัดทำโครงการเสนอคณะกรรมการกองทุนฯ

๒.๓ คณะกรรมการด้านพัฒนาคุณภาพชีวิต และเจ้าหน้าที่กองทุนฯ ดำเนินการตรวจสอบเอกสาร และลงพื้นที่เยี่ยมผู้ที่ขอให้ปรับสภาพที่อยู่อาศัย พร้อมจัดทำแบบประเมิน และประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบโครงการ

๒.๔ เสนอโครงการที่คณะกรรมการฯ เห็นชอบ ให้คณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูฯ พิจารณาอนุมัติ

๒.๕ แจ้งผลการอนุมัติโครงการให้หน่วยงานทราบ และดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง

โครงการขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

โครงการ.....

1. หลักการและเหตุผล (สาเหตุและความจำเป็นต้องมีโครงการ)

.....
.....

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ (แสดงความต้องการให้เกิดอะไรเพื่อประโยชน์ของประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

1)

2)

3)

3. เป้าหมายของโครงการ (เป็นการคาดหวังล่วงหน้าในเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพถึงผลที่ประชาชนในจังหวัดที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับ)

1)

2)

3)

4. วิธีดำเนินการ (การให้รายละเอียดในการดำเนินการ ทำอย่างไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งรวมถึงระเบียบข้อบังคับ หลักเกณฑ์ หรือวิธีปฏิบัติในการใช้จ่ายเงิน)

.....
.....

5. ระยะเวลาในการดำเนินการ (ควรมีระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของโครงการ)

.....
.....

6. สถานที่ดำเนินการ (ควรระบุสถานที่ให้ชัดเจน)

.....
.....

7. ผู้รับผิดชอบโครงการ (ผู้ใดหรือหน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบ)

.....
.....

8. งบประมาณ

8.1 ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจาก กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี จำนวนเงิน
.....บาท (.....) รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายปรากฏตามเอกสารแนบท้าย

9. ตัวชี้วัด/ผลลัพธ์

1)

2)

/10. ประโยชน์...

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการนี้ (ก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ที่ขอรับ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างไร)

- 1)
- 2)
- 3)

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้เสนอโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....(ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น)
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....(ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน)
(ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประธานอนุกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในด้านต่างๆ ผู้พิจารณาโครงการที่ขออนุมัติ)

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการ

(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช)

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี

ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

(ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องเขียนโครงการให้ละเอียดเพื่อให้กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพพิจารณาว่า เป็นไปตามประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน ฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562
เอกสารจาก ระบบบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด สปสช. <https://pfr.nhso.go.th/pfr/downloadDoc.htm>

รายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายแนบท้าย

โครงการ.....

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
รวม		

(ตัวหนังสือ) (.....)

หมายเหตุ ผู้ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องแสดงรายละเอียดประมาณการค่าใช้จ่ายเพื่อให้
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ พิจารณาว่าอยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายหรือไม่



ตัวอย่างบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุน

เลขที่..... /

บันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

เขียนที่ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่าง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี กับ.....(ชื่อหน่วยงาน ที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ).....โดย

1. นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

2. นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

2. นาย/นาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ในฐานะ.....(ตำแหน่ง ผู้รับผิดชอบโครงการ/ผู้เสนอโครงการ).....ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ”ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี โดย นางอรพิน จิระพันธ์วานิช ในฐานะ นายกองค้การ บริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ”อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำ บันทึกข้อตกลงกัน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ตกลงจะดำเนินการโครงการ.....(ชื่อโครงการที่ขอรับเงิน).....ซึ่งต่อไปใน บันทึกนี้ เรียกว่า “โครงการ”ตามที่ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้ให้ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน.....บาท (.....) และผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ มีเงินสมทบ จำนวน.....บาท (.....) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการ ดำเนินงานของโครงการ ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกข้อตกลงนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตามที่ประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2562

2. หากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ดำเนินการตามโครงการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติที่กำหนด ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมคืนเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วหรือ ค่าใช้จ่ายอื่นใด อันเกิดจากการดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ดำเนินการตามโครงการให้แก่ผู้ให้ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใดและ ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้น เว้นแต่ การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไป ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ นั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมีได้เกิดจากการกระทำของผู้ได้รับ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

/ในกรณี...

ในกรณีที่ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่คืนเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าใช้จ่ายอื่นใดให้แก่ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ ได้รับเงินจากผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งยินยอมให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย

3. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจะต้องจัดให้มีระเบียบ ข้อบังคับ หลักเกณฑ์หรือวิธีปฏิบัติในการจะนำ เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ไปใช้จ่ายได้อย่างเหมาะสมและมี ประสิทธิภาพ

4. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีเงินร่วมสมทบ เมื่อได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วในการดำเนินโครงการจะต้องใช้จ่ายเงินงบประมาณของตนเองก่อนเป็นลำดับแรก

5. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมและยินดียอำนวยการความสะดวกให้คณะทำงานที่ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพแต่งตั้งเข้าร่วมติดตามและประเมินผลโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

6. เมื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของโครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพต้องรายงานผลการดำเนินการพร้อมรายงานการใช้จ่ายเงินและสำเนาใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่นให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่โครงการแล้วเสร็จ และหากมีเงินเหลือจ่ายให้ส่งคืน กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี พร้อมการรายงานผลการดำเนินการดังกล่าว

หากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่รายงานผลการดำเนินการ ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่พิจารณาสนับสนุนงบประมาณให้โอกาสต่อไป และหากผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่คืนเงินเหลือจ่าย ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพยินยอมให้ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย พร้อมยินยอมเสียดอกเบี้ยตามที่กฎหมายกำหนด

บันทึกข้อตกลงนี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ หนึ่งฉบับ และผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ หนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและมีความเข้าใจข้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ลงชื่อ).....ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(นางอรพิน จิระพันธุ์วานิช) (.....)
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ตำแหน่ง.....
ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

(ลงชื่อ).....พยาน ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ลงชื่อ).....พยาน ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(นางสาวนิภา ประชีพราย) (.....)
ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดลพบุรี ตำแหน่ง.....
กรรมการและเลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

(ลงชื่อ) จ.อ.พยาน ผู้ให้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ (ลงชื่อ).....พยาน ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ
(บำรุง วงษ์ภูมิ) (.....)
รองปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด รักษาการแทน ตำแหน่ง.....
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ตัวอย่างแบบรายงานผลการดำเนินงาน

แบบรายงานผลการดำเนินงาน

รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

โครงการ.....

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.

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

1. หน่วยงานที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ.....

2. งบประมาณ

2.1 งบประมาณของโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ.....บาท

2.2 งบประมาณที่ได้ใช้ในการดำเนินงานโครงการ.....บาท

2.3 งบประมาณคงเหลือ.....บาท (ถ้ามี)

3. ผลการดำเนินการ

3.1 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอรายงานผลการดำเนินงานโครงการ ตามบันทึกข้อตกลงการรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เลขที่...../.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ได้รับดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของ โครงการ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3.2 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอส่งสำเนาเอกสารใบเสร็จรับเงินหรือเอกสารหลักฐานอื่น จำนวน.....ฉบับจำนวนเงิน.....บาท (.....) ของการดำเนินการตามโครงการที่ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพมาพร้อมหนังสือนี้เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบต่อไป

3.3 ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขอส่งเงินงบประมาณคงเหลือ (ถ้ามี) จำนวน.....บาทคืน มาพร้อมหนังสือนี้

3.4 ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ (เขียนให้เห็นว่าเกิดประโยชน์กับประชาชนในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างไร).....

4. ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สามารถดำเนินการตามโครงการได้ เนื่องจาก.....

จึงขอส่งเงินคืน จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน (ผู้ได้รับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ กรณีองค์กรประชาชนและองค์กรการกุศลลงนามไม่น้อยกว่าสามคน

แบบติดตามและประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ชื่อโครงการ.....

ชื่อหน่วยงาน / กลุ่ม / องค์กรอื่น.....

วงเงินสนับสนุน.....บาท (.....)

ตามประกาศกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี ลงวันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2566 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการด้านติดตาม ประเมินผลในการใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ โครงการ..... ซึ่งได้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่.....

บัดนี้ โครงการดังกล่าวให้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว คณะกรรมการฯ จึงได้ดำเนินการประเมินผลการใช้จ่ายเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการติดตามและประเมินผล

1. รายการค่าใช้จ่ายที่มีใช้จ่ายเงิน ดังนี้

ที่	รายการ	จำนวน (หน่วย)	เป็นเงิน (บาท)	รวมเป็นเงิน (บาท)
รวมเป็นเงิน				

2. การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินและการดำเนินกิจกรรม

ที่	รายการ	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
	รายการค่าใช้จ่ายทุกรายการถูกต้องตามที่ได้รับอนุมัติ			
	มีหลักฐานการเบิกจ่ายถูกต้อง ครบถ้วนทุกรายการ			
	มีการดำเนินการครบถ้วนทุกกิจกรรมและบรรลุตามวัตถุประสงค์แล้ว			

/3. การตรวจสอบ...

3. การตรวจสอบเงินเหลือจ่าย

() มีเงินเหลือจ่าย บาท () ไม่มีเงินเหลือจ่าย

.....ผู้ประเมินผลการใช้จ่าย

(นายณัฐชนน เสือพันธ์เจริญ)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการด้านการติดตาม ประเมินผล
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

.....ผู้ตรวจการประเมินผลการใช้จ่าย

(นางสาวรัตนภรณ์ บัวดิษฐ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

อนุกรรมการและเลขานุการด้านการติดตาม ประเมินผล
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

.....ผู้รับรองการประเมินผลการใช้จ่าย

(.....)

ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และงบประมาณ

ประธานอนุกรรมการด้านการติดตาม ประเมินผล
กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

ตัวอย่างหนังสือนำส่งโครงการมายังกองทุน ฯ

(ตราหนังสือ/
ตราหน่วยงาน)
(ถ้ามี)

(เลขหนังสือ ถ้ามี)

.....(สถานที่).....
.....

.....(วันที่).....

เรื่อง เสนอโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายงานการประชุม (กรณีกลุ่ม/องค์กรประชาชน) (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด

๒. โครงการ.....ปีงบประมาณ.....

พร้อมแผนดำเนินงาน จำนวน ๑ ชุด

ด้วย (หน่วยบริการ/กลุ่ม/องค์กร).....มี

ความประสงค์จะขอรับการสนับสนุนงบประมาณกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดลพบุรี จำนวน.....บาท

เพื่อดำเนินกิจกรรม.....(ชื่อโครงการ).....รายละเอียด

ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ และหากได้รับการสนับสนุนงบประมาณ (หน่วยบริการ/กลุ่ม/องค์กร).....ยินดี

ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กองทุนกำหนดไว้ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาผลเป็นประการใดกรุณาแจ้งให้ทราบด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(.....(ตำแหน่ง).....)

(ผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานที่ขอรับเงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ)

.....(หน่วยงาน).....

.....(โทรศัพท์).....

.....(โทรสาร / อีเมล).....