|  |
| --- |
| บัตรประจำตัวสรุปรายงานการประชุม/อบรม/สัมมนาชื่อ : นางสาวจิตรทิวา กล่อมจอหอ ตำแหน่ง : นักกายภาพบำบัดหน้าที่รับผิดชอบ : กายภาพบำบัดทางด้านกายและการเคลื่อนไหว/ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ/ด้านทรวงอกหน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลแหลมงอบกลุ่มงาน : เวชศาสตร์ฟื้นฟู |

**สรุปรายงานการประชุม**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

**เรื่อง**  แนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการงบฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

 ปีงบประมาณ 2559

**สถานที่การจัดประชุม** โรงแรมสตาร์ จ.ระยอง

**หน่วยงานที่จัดประชุม** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับจากการจัดประชุม**

**วัตถุประสงค์ :**  เพื่อให้ทราบแนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน

การแพทย์ ปีงบประมาณ 2559

**เนื้อหาการประชุม**

1. นโยบายและทิศทางการดำเนินงานและบริหารจัดการงบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2559

2. หลักเกณฑ์ แนวทาง การเบิกค่าใช้จ่ายจากการจัดการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการบริการกายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ

3. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมบันทึกข้อมูลอุปกรณ์คนพิการและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4. การติดตามข้อมูลบริการและรายงานการจ่ายเงิน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

**1. ต่อตนเองและหน่วยงาน** : เพื่อให้ทราบถึงการดำเนินงานและบริหารจัดการงบฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ปีงบประมาณ 2559

 ลงชื่อ ..........................................................

 ( นางสาวจิตรทิวา กล่อมจอหอ )

 นักกายภาพบำบัด

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

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

 ลงชื่อ ......................................................

 ( นายแพทย์ภาณุวัฒน์ โสภณเลิศพงศ์ )

 นายแพทย์ปฏิบัติการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมงอบ