**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองสมบูรณ์**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม...................................................................................................

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลคลองสมบูรณ์

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) .............................................................................. มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .................................................................................................... ในปีงบประมาณ ............................ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ..……………..……................................................. เป็นเงิน .................................. บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**1. หลักการและเหตุผล**

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

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

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

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

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

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

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. ...........................................................................................................................................................

 2. ...........................................................................................................................................................

 3. ..........................................................................................................................................................

**3. วิธีดำเนินการ**

1. ...........................................................................................................................................................

 2. ...........................................................................................................................................................

 3. ..........................................................................................................................................................

4. ...........................................................................................................................................................

 5. ...........................................................................................................................................................

**4. เป้าหมาย**

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

**5. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

-2-

**6. สถานที่ดำเนินการ**

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

**7. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................................
จำนวน ................................. บาท รายละเอียด ดังนี้

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

**8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 2. .................................................................................................................................................................

 3...............................................................................................................................................................

**9. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

*9*.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน  ***.***

 9.1.1หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.[ข้อ 10 (1)]

 9.1.2หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล [ข้อ 10 (1)]

 9.1.3หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

 9.1.4หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

 9.1.5กลุ่มหรือองค์กรประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 9.1.6ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

 9.1.7องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**9.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

 9.2.1สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข[ข้อ 10(1)]

 9.2.2สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น[ข้อ 10(2)]

 9.2.3สนับสนุนการจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)]

 9.2.4สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

 9.2.5สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)]

-3-

**9.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

 9.3.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 9.3.2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 9.3.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 9.3.4กลุ่มวัยทำงาน

 9.3.5.1กลุ่มผู้สูงอายุ

 9.3.5.2กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 9.3.6กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 9.3.7กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**9.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 9.4.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 9.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.1.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.1.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 9.4.1.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.1.5การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 9.4.1.6การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 9.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 9.4.1.9อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.2กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 9.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.2.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.2.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.2.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.2.5การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 9.4.2.6การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 9.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 9.4.2.9อื่นๆ (ระบุ) .............................................................................................................

 9.4.3กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 9.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.3.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.3.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.3.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.3.5การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

-4-

 9.4.3.6การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 9.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 9.4.3.9การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 9.4.3.9อื่นๆ (ระบุ) .............................................................................................................

 9.4.4กลุ่มวัยทำงาน

 9.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 9.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 9.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 9.4.4.9 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 9.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) ............................................................................................................

9.4.5.1กลุ่มผู้สูงอายุ

 9.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 9.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 9.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 9.4.5.1.9อื่นๆ (ระบุ) .........................................................................................................

 9.4.5.2กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 9.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.5.2.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.5.2.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.5.2.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.5.2.5การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 9.4.5.2.6การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 9.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 9.4.5.2.9 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 9.4.5.2.9อื่นๆ (ระบุ) ........................................................................................................

-5-

 9.4.6กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 9.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.6.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.6.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.6.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.6.5การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 9.4.6.6การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 9.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 9.4.6.9อื่นๆ (ระบุ) ............................................................................................................

 9.4.7กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 9.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.7.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.7.3การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.7.4การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.7.5การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 9.4.7.6อื่นๆ (ระบุ) .............................................................................................................

 ลงชื่อ.............................................................ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

 ตำแหน่ง ............................................................

 วันที่-เดือน-พ.ศ. .........................................................

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.................................................................
ครั้งที่ ...........…………… เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน.................................... บาท

 เพราะ .............................................................................................................................................

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

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ...............................................................................................................................................

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

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ........................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

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

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

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ...................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน** .................................................................................................................................................................

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ ..............................................................................

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

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ................................................. บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ...................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ...................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ............................................................................................................

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

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

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ..........................................................................................................

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

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

ลงชื่อ.....................................................................ผู้รายงาน

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

ตำแหน่ง .....................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. .........................................................