**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. .........................................................