**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ครน**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ครน

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ...................................................................... มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .................................................................................... ในปีงบประมาณ พ.ศ.2561โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ครน เป็นเงิน ............................................โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**1. หลักการและเหตุผล**

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

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

**2.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

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

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

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

**3.วิธีดำเนินการ**

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

2. ............................................................................................................................................................... 3. ...............................................................................................................................................................

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

**4.ระยะเวลาดำเนินการ**

วันที่..........เดือน.....................ปี................./ ในปีงบประมาณ ...................................

**5.เป้าหมาย**

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

**6. สถานที่ดำเนินการ**

....................................................................................หมู่ที่ .......... ตำบลครน อำเภอสวี จังหวัดชุมพร

**7. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ครน จำนวน............................ บาท รายละเอียด ดังนี้

7.1 ............................................................................. เป็นเงิน ................... บาท

7.2 ............................................................................. เป็นเงิน ................... บาท

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

ทั้งนี้ให้ค่าใช้จ่ายต่างๆ ถัวเฉลี่ยได้ตามความเป็นจริง ในกรณียอดใดยอดหนึ่งไม่เพียงพอแต่ไม่เกินงบประมาณที่ตั้งไว้

**8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

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

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

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

**9. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

9.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ...........................................................................................................................

9.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

9.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

9.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

9.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

9.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

9.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

9.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

9.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

9.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

9.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

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

9.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

9.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

9.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

9.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

9.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

9.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

9.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

9.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

9.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

**9.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

9.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

9.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

9.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

9.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

9.4.1.7 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

9.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

9.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

9.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

9.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

9.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

9.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

9.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

9.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

9.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

9.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

9.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

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

9.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

9.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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

9.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

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

9.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

9.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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

9.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

9.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

9.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

9.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

9.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

9.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

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

9.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

9.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

9.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

9.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

9.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

9.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

9.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

9.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

9.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

9.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

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

9.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

9.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

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

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

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ครน ครั้งที่ ........... / 25…………… 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**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...............................................................................................................

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน

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