**-โครงการตัวอย่าง-**

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**

เ**รื่อง**  **ขอเสนอโครงการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสถานีตรวจสุขภาพในชุมชน**

 **เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาล......................

ด้วยกลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรค สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาล................................/รพ.สต............................................/อบต.........................มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสถานีตรวจสุขภาพในชุมชนในปีงบประมาณ 2565 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาล.................................... เป็นเงิน **จำนวน x,xxx,xxx บาท (.........................................................................)**โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**หลักการและเหตุผล**

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง ทั่วโลกพบว่ามีแนวโน้มของอัตราป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นรวมทั้งในประเทศไทย จากข้อมูลสำรวจสุขภาพประจำปีครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 ประจำปี 2552 และ 2557 ความชุกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็น ร้อยละ 24.7 คิดเป็นจำนวน 13 ล้านคน และประมาณร้อยละ 45 ของผู้ใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนเองเป็นและไม่ได้เข้ารับการรักษา ซึ่งในกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงเศรษฐกิจสังคม ในด้านค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิต ในประเทศไทยและจังหวัดบุรีรัมย์มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลรายงานจากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ข้อมูล 5 ปี ย้อนหลัง (2559 – 2563) พบว่าการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทย อายุ 35 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 90 ในทุกๆปี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร จาก 702.79, 1,125.39, 1052.61, 1057.54 และ 1,147.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และยังพบปัญหาการคืนข้อมูลสุขภาพให้กับประชาชนไม่สามารถทำได้อย่างทั่วถึง และยังไม่มีนวัตกรรมใหม่ๆ หรือเครื่องมือที่จะส่งเสริมให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยงสุขภาพของตนเอง แล้วเกิดการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ลดความต่อการเกิดโรค หรือลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยได้

การดูแลสุขภาพประชาชนวัยทำงานจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรเริ่มต้นดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุภาวะร่างกายมีความเสื่อมถอยตามอายุ มีภูมิต้านทานโรคต่ำลง มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย การที่จะดูแลสุขภาพเมื่อเสื่อมแล้วเป็นการยากต่อการฟื้นฟูสุขภาพให้ดีดังเดิมเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว เทศบาล/อบต./รพ.สต............................ จึงได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสถานีตรวจสุขภาพในชุมชนขึ้น เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนวิถีใหม่ในสถานการณ์โรคระบาด COVID – 19 เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือด อุณหภูมิร่างกาย ค่าออกซิเจนในเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ

**1. วัตถุประสงค์**

 1.1 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเองในชุมชน

 1.2 เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถป้องกันโรคด้วยตนเอง

1.3 เพื่อสร้างกระแสประชาสัมพันธ์นโยบาย/มาตรการพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานในรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (new normal) เตรียมความพร้อมสู่วัยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

**2. วิธีดำเนินงาน**

* 1. จัดประชุมเจ้าหน้าที่/บุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ผู้นำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ประสงค์การดำเนินงานตามโครงการ บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	2. กำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินการในสถานีตรวจสุขภาพในชุมชน ได้แก่ คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง ดังนี้

 - ภาวะน้ำหนักเกิน

 - ความดันโลหิตสูง

 - น้ำตาลในเลือด

 - อุณหภูมิร่างกาย

 - ค่าออกซิเจนในเลือด

 - อัตราการเต้นของหัวใจ

* 1. กำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง การดูแลให้คำแนะนำและการส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการประจำ กรณีพบความผิดปกติจากการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสถานีตรวจสุขภาพ
	2. จัดการให้มีสถานีตรวจสุขภาพในชุมชน อย่างน้อย 1 จุดต่อชุมชน โดยมีอุปกรณ์ขั้นพื้นฐาน คือ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย Pulse Oximeter และเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ
	3. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอย่างชัดเจน
	4. ประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่รับทราบและส่งเสริมการเข้าถึงระบบคัดกรองสุขภาพด้วยตนเอง
	5. สนับสนุนอุปกรณ์ขั้นพื้นฐานเพื่อจัดตั้งสถานีตรวจสุขภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย Pulse Oximeter และเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ ให้กับชุมชน
	6. จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์สถานีตรวจสุขภาพ
	7. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
	8. สรุปผลการดำเนินงานให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพ

**3. เป้าหมาย**

* 1. มีสถานีตรวจสุขภาพในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นให้กับประชาชนในชุมชน
	2. ประชาชนทั่วไปในเขตเทศบาล/อบต...........................ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นด้วยสถานีตรวจสุขภาพในชุมชน และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากผลการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น

 ...

**4. ระยะเวลาการดำเนินงาน**

เดือนมีนาคม 2565 - เดือนกันยายน 2565

**5. สถานที่ดำเนินงาน**

ในเขตเทศบาล/อบต.................................

**6. งบประมาณ**

งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาลนคร.............. **จำนวน ......................... บาท (.........................................................)** สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามโครงการ ดังนี้

6.1 ค่าดำเนินการประชุมเตรียมความพร้อมการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นเงิน ........................ บาท สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม xxx คน X xxx บาท X xx มื้อ เป็นเงิน xx,xxx. บาท

- ค่าอาหารกลางวันและเครื่องดื่ม xxx คน X xxx บาท X xx มื้อ เป็นเงิน xx,xxx บาท

 - ค่าสมนาคุณวิทยากร x คนๆ ละ xx ชั่วโมงๆ ละ xxx บาท เป็นเงิน xx,xxx บาท

- ค่าวัสดุประกอบการประชุม (แจงรายการ) เป็นเงิน x,xxx บาท

6.2 ค่าวัสดุและครุภัณฑ์ประกอบการดำเนินงานตามโครงการ

- เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติแบบสอดแขน เครื่องละ xxxxxx บาท จำนวน xxx เครื่อง รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- แถบตรวจน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้ว ชิ้นละ 5 บาท จำนวน xxx ชิ้น รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว เครื่องละ xxxx บาท จำนวน xxx เครื่อง รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- เข็มสำหรับเจาะปลายนิ้ว ชุดละ xxx บาท จำนวน xxx ชุด รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล พร้อมเครื่องวัดส่วนสูง เครื่องละ xxxxx บาท จำนวน xxx เครื่อง รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- สายวัดรอบเอวแบ่งเกณฑ์ความเสี่ยง ชิ้นละ xxxx บาท จำนวน xxx เครื่อง รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- เครื่องวัดอุณหภูมิอินฟราเรดดิจิตอลแบบไม่สัมผัสติดผนัง พร้อมขาตั้งและที่จ่ายสเปรย์แอลกอฮอล์ เครื่องละ xxxxx บาท จำนวน xxx เครื่อง รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- เครื่อง Pulse Oximeter จำนวน เครื่องละ xxxxxx บาท จำนวน xxx เครื่อง รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- สเปรย์แอลกอฮอล์ 75% ลิตรละ xxxx บาท จำนวน xxx ลิตร รวมเป็นเงิน xxxxxxx บาท

- จ้างเหมาผลิตสื่อประชาสัมพันธ์สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กระดาษหนา ขนาดพกพาจำนวน xxxx แผ่น\* 2 บาท รวมเป็นเงิน xxxxxx บาท

- จ้างเหมาจัดทำป้ายสถานีเช็คสุขภาพด้วยตนเอง สติ๊กเกอร์ติดฟิวเจอร์บอร์ด ขนาด 80\*120 ซม. จำนวน xxx ป้าย \* xxxxx บาท รวมเป็นเงิน xxxxx บาท

**ผู้รับผิดชอบโครงการ**

 กลุ่มงานป้องกันและควบคุมโรค สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ............................... โดยมี คณะกรรมการดำเนินโครงการ ดังนี้

1) ..................................... ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมการสาธารณสุข

 2) ........................................ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค

3) ..................................... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 ประชาชนรับทราบสถานะความดันโลหิตของตนเองเพิ่มขึ้น รวมถึงกลุ่มประชาชนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง อัตราการเต้นหัวใจผิดปกติได้รับการติดตาม วินิจฉัย และรับการรักษา

7.2 ลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

7.3 ประชาชนเกิดความตระหนักและสามารถป้องกันโรคไม่ติดต่อ

7.4 เกิดข้อมูลสนับสนุนการกำหนดทิศทาง ยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในประเทศ

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม*** **(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน) ..........................................................................................***

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

 🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

 🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

 🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
 ขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ
 (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

 🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

 🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน คน

 🖵 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน คน

 🖵 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน คน

 🖵 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน คน

 🖵 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน คน

 🖵 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน คน

 🖵 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน คน

 🖵 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน คน

 🖵 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวน คน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการ

 ทำงาน

 🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 🖵 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🖵 6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

 🖵 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

 🖵 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

 🖵 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

 🖵 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

 🖵 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) ......................................................................................................

🖵 **8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

 🖵 1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

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

ลงชื่อ .................................................... ผู้เห็นชอบโครงการ/กิจกรรม

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................
ครั้งที่ / 25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **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 (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

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

 🖵 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

  ( )

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

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