**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลสุเทพ**

**เรื่อง** .................................................................................................................................................

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสุเทพ

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ) ………………………………..……..มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม..........................................................ในปีงบประมาณ 2558 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลสุเทพ เป็นเงิน ………………………..บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. เหตุผล**

**2. วัตถุประสงค์**

**1.** ...............................................................................

**2.** ...............................................................................

**3.** ...............................................................................

**3. กลุ่มเป้าหมาย** ........................................................ คน

**4. วิธีดำเนินการ**

**1.** ...............................................................................

**2.** ...............................................................................

**3.** ...............................................................................

**5. ระยะเวลาดำเนินการ** .....................................................................

**6. สถานที่ดำเนินการ** .....................................................................

**7. งบประมาณ**

งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสุเทพ ประเภทที่ …………………............. จำนวน **………………………..** บาท

รายละเอียดการใช้จ่าย ดังนี้

**1.** ...............................................................................

**2.** ...............................................................................

**3.** ...............................................................................

**8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

**1.** ...............................................................................

**2.** ...............................................................................

**3.** ...............................................................................

**9. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ฝ่ายบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสุเทพ

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/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

9.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

ในการทำงาน

9.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

9.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

9.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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)...........................................ผู้เสนอโครงการ

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

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

(ลงชื่อ)...........................................ผู้เห็นชอบโครงการ

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

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

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสุเทพครั้งที่ ........ / 2558 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 ....................................................................

( นายธัญศักดิ์ แสงศรีจันทร์ )

นายกเทศมนตรีตำบลสุเทพ

ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลสุเทพ

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

**แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ**

**(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อ โครงการอบรมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลสุเทพ และเครือข่ายสุขภาพ เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานกองทุน ฯ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕8

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