**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) หน่วยบริการ/หน่วยงานของท้องถิ่น มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ในปีงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**หลักการและเหตุผล**

 การฝากครรภ์เป็นมาตรการหนึ่งในการบริบาลและเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการดูแลครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างน้อย 5 ครั้ง และควรไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารกในภาพรวม รวมทั้งมารดาได้รับการตระเตรียมในการเลี้ยงดูทารกที่จะเกิดมา ย่อมส่งผลต่อคุณภาพเด็ก ไทยในอนาคต จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการฝากครรภ์ ได้แก่ ระบบบริการ การคมนาคม การย้ายถิ่นที่อยู่ ค่าใช้จ่าย และภาระงาน ส่วนปัจจัยที่กระตุ้นให้ไปฝากครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในเขตตำบล........พบว่าที่ผ่านมามีหญิงตั้งครรภ์......คน ได้รับการดูแลครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพียง........ คน และดูแลครบ 5 ครั้ง........คน หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น............มีมาตรการแทรกแซงเพื่ออำนวยความสะดวกให้ครอบครัวหรือหญิงที่รู้ตัวว่าตั้งครรภ์ในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ด้วยการแจกคูปองเสมือนเป็นใบ เบิกทางให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เป็นหลักฐานสำหรับการโดยสารรถและรับบริการฝากครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์มอบคูปองให้เจ้าของรถยนต์และหน่วยบริการภายหลังใช้บริการตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์แต่เนิ่นและอย่างต่อเนื่องที่หน่วยบริการ ซึ่งย่อมเป็นผลดีแก่สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกที่จะเกิดมา รวมถึงต่อความมั่นคง มั่งคั่งของประเทศในอนาคต

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์

 2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง

**ตัวชี้วัด**

1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์ครั้งแรกตั้แต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์

2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง

**กลุ่มเป้าหมาย** : หญิงตั้งครรภ์ในเขตเทศบาล/อบต……… จำนวน.......... คน

**2. วิธีดำเนินการ**

 1. จัดทำทะเบียนรายชื่อหญิงตั้งครรภ์และจัดเตรียมคูปองสำหรับการเข้ารับบริการ.

2.ผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์(TOR)การเข้ารับบริการของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดกับหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการนั้น

3.ผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาราคากลาง เพื่อตกลงราคาการจ้างเหมาต่อรายเพื่อให้บริการรับฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดกับหน่วยบริการ/สถานบริการ และเครือข่ายของหน่วยบริการ/สถานบริการ นั้น

4. ประชาสัมพันธ์โครงการในพื้นที่เชิญชวนหญิงที่วางแผนหรือกำลังเริ่มตั้งครรภ์เข้าร่วมโครงการ/ลงทะเบียนและรับคูปองบริการฝากครรภ์5 ใบ/คน

 5. หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการดูแลครรภ์ตามมาตรฐานกับหน่วยบริการที่กำหนด พร้อมส่งมอบคูปองบริการฝากครรภ์ทุกครั้งที่ไปรับบริการ จนครบกำหนดคลอด

 6. หน่วยบริการส่งหนังสือและรายงานพร้อมคูปองเป็นหลักฐานเรียกเก็บเงินจากท้องถิ่น

 7. ท้องถิ่นตรวจสอบรายงานและคูปองกับทะเบียน และเบิกจ่ายให้กับหน่วยบริการพร้อมขอหลักฐานใบสำคัญรับเงิน

 8. สรุปและติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และสรุปผลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

**แผนการดำเนินงาน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรม | ระยะเวลาดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
| ไตรมาส 1 | ไตรมาส 2 | ไตรมาส 3 | ไตรมาส 4 |
| 1. การเจรจาตกลงกับหน่วยบริการ |  |  |  |  |  |  |
| 2. การเตรียมระบบทะเบียนและคูปอง |  |  |  |  |  |  |
| 3. จัดพิมพ์คูปองบริการ |  |  |  |  |  |  |
| 4. การประชาสัมพันธ์โครงการ |  |  |  |  |  |  |
| 5. รับลงทะเบียนและแจกคูปอง |  |  |  |  |  |  |
| 6. ตรวจสอบรายงานและคูปองและเบิกจ่าย พร้อมลงบัญชี |  |  |  |  |  |  |
| 7. ติดตามและสรุปผลรายไตรมาส และเสนอที่ประชุมฯ |  |  |  |  |  |  |
| 8. ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน -สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือแบบสอบถาม |  |  |  |  |  |  |

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

**4. สถานที่ดำเนินการ** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยบริการ

**5. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ
จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าวัสดุสำนักงาน…………………………………………………………………………………………………. บาท
2. ค่าวัสดุโฆษณาและประชาสัมพันธ์ …………………………………………………………………………..บาท
3. ค่าจ้างเหมาบริการฝากครรภ์ .( คูปองจำนวน..........ใบ)……………………………………........... บาท
4. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ……………………………………………………บาท
5. ค่าใช้สอยอื่นๆ ............................................ บาท

 (ทุกรายการถัวเฉลี่ยจ่าย)

**การประเมินผล**

 **ความสำเร็จของโครงการ พิจารณาจาก**

 1. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ
โดยคิดเป็นร้อยละ (หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดได้จากการสำรวจ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการได้จากทะเบียน)

 2. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์เปรียบเทียบกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากคูปองที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย)

 3. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งที่คลอดแล้วเปรียบเทียบจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่คลอดแล้วทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากคูปองที่หน่วยบริการเรียกเก็บ ทะเบียนราษฎร/สูติบัตร – ข้อสังเกต-การดำเนินการปีแรกหญิงที่คลอดภายในปีงบประมาณจะน้อย)

 4. จากการสำรวจความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยคิดเป็นร้อยละ (ดำเนินการสอบถามตามแบบที่กำหนดทางโทรศัพท์)

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์แรก (อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์)

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

**7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน *โรงพยาบาล***

 ☑ 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

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

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

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

 ☑ 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 ☑ 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ☑ 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

**ภาคผนวก**

เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับหน่วยบริการ

 -หน่วยบริการให้การดูแลครรภ์ตามแนวปฏิบัติและมาตรฐานการบริการฝากครรภ์

 -หน่วยบริการเรียกเก็บคูปองจากหญิงตั้งครรภ์โดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม

 -หน่วยบริการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในคูปองและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากท้องถิ่น

 -ท้องถิ่นจ่ายเงินให้หน่วยบริการตามจำนวนคูปองที่เป็นหลักฐาน โดยคูปอง 1 ใบแทนเงิน 200-500 บาท

 -อื่นๆตามที่เห็นชอบร่วมกัน

รูปแบบคูปอง

 -คูปองบริการฝากครรภ์

คูปองบริการฝากครรภ์ เลขที่..........................

ออกโดยองค์กรปกครองท้องถิ่น................

ชื่อ...............................นามสกุล....................

ว.ด.ป.ที่รับบริการ.................... อายุครรภ์..................สัปดาห์

ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ (ทำในรูปแบบไฟล์ excel และขยายช่องมากกว่าที่แสดงได้ เช่น เพิ่มช่องการเรียกเก็บจากหน่วยบริการ และเจ้าของรถ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากการดึงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์โดยตรง)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อนามสกุล | เลขประชาชน | อายุปี | *ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้* | *คูปองบริการ* | ลายมือชื่อ |
| เลขที่ | ถนน | *หมู่* | *ตำบล* | *อำเภอ* | *จังหวัด* | *โทรศัพท์* | *เลขที่* | *(ใบ)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

การสำรวจความพึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถามให้หญิงตั้งครรภ์ตอบด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

 ตัวอย่างข้อความแบบสั้น

 ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น......................ได้จัดทำโครงการ.................เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ท่านในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ และคุณ.......................เป็นบุคคลหนึ่งที่เข้าร่วมในโครงการนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาปรับปรุงบริการของโครงการ จึงขอความกรุณาจากท่านได้ให้คะแนนความพึงพอใจ โดยกาเครื่องหมายหน้าหมายเลขหรือบอกเลขที่แสดงระดับความพึงพอใจนั้น

 🞏 1 หมายความว่า พึงพอใจน้อยที่สุด

 🞏 2 หมายความว่า พึงพอใจน้อย

 🞏 3 หมายความว่า พึงพอใจปานกลาง

 🞏 4 หมายความว่า พึงพอใจมาก

 🞏 5 หมายความว่า พึงพอใจมากที่สุด

 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง......................................................................

แบบรายงานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายพร้อมแนบคูปองเป็นหลักฐาน

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-นามสกุล | ที่อยู่ | รับบริการฝากครรภ์(ครั้ง) | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |