**โครงการลดเค็ม ลดความดัน (หรือ ลดโซเดียมลดความดันฯ เจ็ดวันความดันฯลด)**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวายเรื้อรัง หัวใจล้มเหลว และสมองเสื่อม นอกจากนี้ ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก เลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) หลอดเลือดหัวใจตีบตันเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหรือหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเสียชีวิตด้วย

จากข้อมูลการสำรวจพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2557 พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญที่สนับสนุนให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น คือ การกินเค็ม (เกลือ/โซเดียม) ซึ่งพบว่า คนไทยบริโภคเกลือเฉลี่ย 10.8 กรัมต่อวัน (โซเดียม 5,000 มิลลิกรัม) ซึ่งสูงกว่าความต้องการที่ร่างกายควรได้รับถึง 1 เท่า คือ ควรบริโภคเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน (โซเดียม 2,400 มิลลิกรัม) การศึกษาในพื้นที่อำเภอบางพลี สมุทรปราการ โดยภาควิชาอายุรศาสตร์ร่วมกับภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าการให้ความรู้อย่างเข้มข้นโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับการซักถามการบริโภคอาหารย้อนหลังและแนะนำการลดบริโภคอาหารเค็ม (โซเดียม) อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทุก 2 สัปดาห์ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น ส่งผลให้ความดันโลหิตตัวบนลดลงได้ 10 มิลลิเมตรปรอท และตัวล่างลดลงถึง 5 มิลลิเมตรปรอท พื้นที่........ปัจจุบันพบผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง.......คน จากที่คาดว่าจะมีทั้งหมด...........คน ยังไม่รวมกลุ่มเสี่ยง รพ./รพ.สต.......................................จึงจัดทำโครงการลดเค็ม ลดความดัน เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการกิน โดยคาดหวังว่าจะช่วยลดความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงหรือกลุ่มเสี่ยง จนควบคุมความดันโลหิตได้หรือเป็นปกติ

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยง

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่............จำนวน.............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 ประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการลดเค็ม ลดความดัน ก่อนเริ่มโครงการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอวและถามประวัติ การดื่มสุรา-สูบบุหรี่ (น.ค.ร 2 ส.)

3.2 นัดผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่ม ๆ ละ 5-20 คน ไปพบกันที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้าน/ตำบล หรือห้องประชุมของ อปท.หรือที่ รพ./รพ.สต.เพื่อให้ความรู้แบบเข้มข้นเพื่อลดการบริโภคโซเดียม เป็นเวลา 1 ชั่วโมง โดยใช้สื่อการสอน PowerPoint slide presentation ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีเนื้อหาดังนี้

• โซเดียมและความเค็มคืออะไร

• โซเดียมส่งผลต่อร่างกายอย่างไร

• คนไทยได้รับโซเดียมจากทางใดได้บ้างและมากน้อยเพียงใด

• อาหารประเภทใดที่ควรและไม่ควรบริโภค

• วิธีสังเกตปริมาณโซเดียมในอาหาร

• การปฏิบัติตัวเพื่อลดการบริโภคโซเดียม

หลังเสร็จสิ้นการอบรม จะเปิดโอกาสให้ซักถาม และประเมินความรู้ที่ได้รับ โดยการพูดคุยถึงอาหารที่กลุ่มเป้าหมายรับประทานจริงในชีวิตประจำวัน ว่ามีปริมาณโซเดียมมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงให้คำแนะนำในการลดบริโภคโซเดียม เป็นข้อ ๆ ดังนี้

• ควรสังเกตฉลากโภชนาการอาหารก่อนบริโภค

• ลดการใช้เครื่องปรุงรส ให้ชิมก่อนปรุง

• ใช้เครื่องปรุงรสอื่นๆ ได้แก่ พืชสมุนไพร (ขิง ข่า ตะไคร้) แทน

• ลดการบริโภคอาหารแปรรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูปและขนมขบเคี้ยว

• อาหารที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำแกง ควรบริโภคส่วนที่เป็นน้ำแต่น้อย

• การชั่งน้ำหนัก และวัดความดันฯ รายวัน เพื่อประเมินผลการลดโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่ม

อย่างน้อย 7 วันติดต่อกัน

3.3 หลังการให้ความรู้แบบเข้มข้นเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในครั้งแรก นัดพบทุก 2 สัปดาห์ โดยตรวจการบ้าน น.น้ำหนัก ค.ความดันฯ รายวัน เพื่อประเมินผลการลดโซเดียมในอาหารและเครื่องดื่มรายวัน อย่างน้อย 7 วันติดต่อกัน โดยให้กลุ่มเป้าหมายยืมเครื่องวัดความดันฯและเครื่องชั่งน้ำหนัก และแนะนำการบริโภคในทุก ๆ ครั้งที่มารับการตรวจ เป็นเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ รวมแนะนำและมาตรวจทั้งหมด 4 ครั้ง

3.4 วัดความดันโลหิต และชั่งน้ำหนัก เมื่อสิ้นสุดโครงการ

3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และผลการลดเค็ม (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

*ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกฝนทักษะการบรรยาย และทำความเข้าใจเนื้อหาก่อนดำเนินการ*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ .....ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าเครื่องวัดความดันฯ จำนวน.............เครื่อง ราคาเครื่องละ ............บาท จำนวนเงิน ................. บาท

- ค่าเครื่องชั่งน้ำหนัก จำนวน.............เครื่อง ราคาเครื่องละ ............บาท จำนวนเงิน .................... บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

- องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถลดความดันโลหิตได้มากกว่า 4 mmHg. และ ค่าเฉลี่ยของความดันฯ กลุ่มผู้ป่วยทุกคน ก่อน และ หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโซเดียม

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | เข้าร่วม | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการดำเนินโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | นน. | | | ความดันโลหิต | | | | | | |
| ก่อน | หลัง | เพิ่ม/ลด | SBPก่อน | SBPหลัง | เพิ่ม/ลด | DBP ก่อน | DBP หลัง | เพิ่ม/ลด |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอ โครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

**โครงการส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายลดเสี่ยงโรคเรื้อรัง**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการเหตุผล**

**จากการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่า**ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 5 กิจกรรม (ออกกำลังกาย รับประทานผักสดและผลไม้สด ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า ไม่ดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่) มีเพียงร้อยละ 18.7 เท่านั้น โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำน้อยที่สุดผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 ผ**ู้**สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ (มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง) ประมาณร้อยละ15 ของผู้สูงอายุ **การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวมากขึ้นในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมทางกายปานกลาง เช่น เดินเร็ว (เร็วกว่า 100 ก้าวต่อนาที) อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์หรือวันละ 30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ช่วยให้กล้ามเนื้อขาแขนแข็งแรง ทำให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และลดการหกล้ม**

**ตำบล/เทศบาล.......มีผู้สูงอายุ...... คน คาดว่ามีผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียง......คน ชมรมผู้สูงอายุ……… จึงได้จัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุขึ้น โดยมีแนวคิดให้ความรู้การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย จัดให้มีแกนนำผู้สูงอายุ ติดตามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย/มีกิจกรรมทางกาย เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้มีพฤติกรรมต่อเนื่องเป็นนิสัย เกิดความยั่งยืน**

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย/มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

ผู้สูงอายุ ในพื้นที่............จำนวน.............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 ชมรมประชุมวางแผนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมทางกายปานกลาง และ/หรือ ออกกำลังกาย โดยจัดให้มีการอบรมเรื่อง การเดินหรือถีบจักรยาน รับสมัครอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุ 2-3 คน ในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชนให้ทำหน้าที่กระตุ้น/ชักจูงและติดตามผู้สูงอายุในชุมชนให้เดินหรือถีบจักรยานเป็นกลุ่มๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที และเพิ่มเป็นสัปดาห์ละ 5 วัน หรือมากกว่าอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีเป้าหมาย เดินโดยเฉลี่ยมากกว่า 7,500 ก้าวต่อวัน (โดยใช้เครื่องนับก้าว หรือ applicationในโทรศัพท์มือถือ) หรือ มีกิจกรรมทางกายปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ (โดยใช้ application: google fit (ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก) ในโทรศัพท์มือถือ)

3.2 ประชาสัมพันธ์โครงการให้ผู้สูงอายุทราบผ่านหอกระจายข่าว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน

3.3 ประชุมชี้แจงโครงการในการประชุมผู้สูงอายุประจำเดือน และรับสมัครอาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุเพื่อทำหน้าที่กระตุ้น/ชักจูงและติดตามผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมทางกายด้วยการเดินหรือถีบจักรยานบริเวณย่านที่อยู่อาศัย/ชุมชน

3.4 จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายด้วยการเดินหรือถีบจักรยาน โดยวิทยากร

3.5 อาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุนัดหมาย กระตุ้น/ชักจูงและติดตามผู้สูงอายุให้เดินวันละมากกว่า 2,500 ก้าวทุกวัน อย่างน้อย 1 สัปดาห์ แล้วเดินเพิ่มขึ้น เป็น วันละ 5,000 ก้าวทุกวัน อย่างน้อย 1 สัปดาห์ แล้วจึงเดินเพิ่มเป็นวันละ 7,500 ก้าว ทุกวัน และ/หรือ ออกกำลังด้วยถีบจักรยานบริเวณย่านที่อยู่อาศัยในแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนเป็นกลุ่มหรือเดี่ยว ตามอัธยาศัยของแต่ละบุคคลโดยเริ่มจากความเป็นไปได้ จากสัปดาห์ละ 1-3 วัน วันละ 15-30 นาที เพิ่มเป็นสัปดาห์ละ 5 วันหรือมากกว่า ภายใน 3-4 เดือน และคงต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ในเดือนที่ 5 และ 6 และต่อเนื่องต่อไป

3.6สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มี smart phone ติดตั้ง application สำหรับ การเดิน (google fit, step counter, pedometer ฯลฯ) การถีบจักรยาน (bike /cycling app /endomondo app) เพื่อใช้ในการบันทึกและติดตามกิจกรรมทางกายและ/หรือการออกกำลังของตนเอง และเพิ่มกิจกรรมทางกายและ/หรือการออกกำลังให้ถึงเป้าหมายและอยู่ยั่งยืนต่อไป นอกจากนี้ ยังสามารถส่งข้อมูลให้กับอาสาสมัครแกนนำผ่านทาง smart phone ได้ หรือส่งข้อมูลให้อาสาสมัครแกนนำบันทึก

ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มี smart phone จะจัดหาและให้ยืมเครื่องนับก้าว pedometer เพื่อติดตามประเมิน และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกเพื่อส่งอาสาสมัครแกนนำ

3.7 อาสาสมัครแกนนำผู้สูงอายุจดบันทึกจำนวนผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายและ/หรือออกกำลังกายวิธีใดวิธีหนึ่งทุกวัน

3.8 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การมีกิจกรรมทางกายและหรือออกกำลังกับวิทยากรในการประชุมผู้สูงอายุประจำเดือน

3.9 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการฯ และ ร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าโครงการฯ ที่มีกิจกรรมทางกายปานกลางมากว่า 7,500 ก้าวต่อวัน หรือ ที่มีคะแนนคาร์ดิโอ (จาก App: google fit) มากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นต้น (ภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ................

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น..........บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้... ...(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

- ค่าสมุดบันทึก จำนวน … เล่ม ๆ ละ … บาท (สำหรับอาสาสมัครแกนนำ) เป็นเงิน …… บาท

- ค่าเครื่องนับก้าว Pedometer จำนวน....เครื่อง ราคาเครื่องละ..... บาท (ให้ยืมใช้ คนละ 1 สัปดาห์สำหรับผู้ที่ไม่สามารถใช้ smart phone ได้ ก่อนและหลังโครงการฯ)

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- องค์กร กลุ่มประชาชน ตามข้อ 10(2) ระบุ.........

- หรือ หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1) ระบุ...........

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ผู้สูงอายุมีการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการดำเนินงาน ส่งกองทุนฯ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| หมู่ที่ | จำนวน ผสอ | จำนวน ผสอ  ที่เข้าร่วม | จำนวน ผสอ.  ที่ยังคงร่วมกิจกรรม | จำนวนผู้ที่เดิน>7500 ก้าว/วัน(คน, %) | จำนวนผู้ที่ปั่น จักรยาน หรือ เดินเร็ว > 150 นาที/สัปดาห์ (คน, %) |
|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

**โครงการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง - การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

คนไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่น้อยกว่า 12 ล้านคน แต่มีผู้เข้าถึงการรักษาและขึ้นทะเบียนเพียง 4 ล้านคน ซึ่งควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ได้เพียงร้อยละ 29.7 แสดงให้เห็นว่า มาตรการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ความดันโลหิตในคนไทยลดลง ยังเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ที่ป่วยแล้วยังเข้าไม่ถึงบริการมากกว่าครึ่ง ตลอดจนการวินิจฉัย/การรักษาก็ยังไม่ดีเท่าที่ควร

การศึกษาในผู้สูงอายุไทยที่เป็นความดันฯสูงควบคุมไม่ได้ พบว่า การวัดความดันฯด้วยตนเองที่บ้านช่วยให้อัตราการควบคุมความดันฯได้เพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 50 และผู้ป่วยความดันฯสูงที่วัดความดันฯด้วยตนเองที่บ้าน ช่วยลดระดับความดันฯได้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4 – 8 มม.ปรอทในเวลา 1 ปี เมื่อเทียบกับการวัดความดันฯที่โรงพยาบาล ดังนั้นการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) หรือ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (Self Monitoring Blood Pressure: SMBP) จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมความดันฯไม่ได้ตามเกณฑ์ รพ./รพ.สต............จึงจัดทำโครงการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง – การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อดำเนินการดังกล่าว

**1. วัตถุประสงค์**

1.1 เพื่อคัดกรอง วินิจฉัย รักษาและติดตามความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

1.2 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯและการใช้ยา และติดตามผลของการใช้ยาและปรับพฤติกรรมฯ 3 อ. 2 ส. เพื่อการควบคุมความดันฯสูง

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตที่มีข้อบ่งชี้และจำเป็น ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ในพื้นที่............จำนวน............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 ขอสนับสนุน อปท./กองทุนฯท้องถิ่น ในการจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ เพื่อสนับสนุนการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความจำเป็นตามลำดับก่อนหลัง

3.2 แนะนำและสอนให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน 5 ขั้นตอน : คุยความรู้ ทำให้ดู ดูให้ทำ ทำเองได้ ไม่ต้องดู และอยู่ยั่งยืน

3.3 ประสานความร่วมมือกับ อสม.ติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยวัดความดันโลหิตกรณีที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจหรือต้องการความช่วยเหลือ

3.3 ให้ผู้ป่วยบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดในช่วงเช้าและก่อนนอนทุกวันเป็นเวลา 4-7 วัน หรืออย่างน้อย 7 วันก่อนวันนัดตรวจทุกครั้ง และนำมาปรึกษา รพ.สตหรือเจ้าหน้าที่รพ.เพื่อปรึกษาหรือส่งต่อพบแพทย์ หรือส่งผ่านช่องทางอื่นแล้วแต่กรณี โดยผู้ที่ไม่สามารถจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตนเองทางโครงการจะขอสนับสนุนจากกองทุนฯท้องถิ่นเพื่อจัดหาและให้ยืม

3.4 แพทย์ตรวจสอบค่าความดันโลหิต ซักถามประวัติ วินิจฉัยหาสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่ม หรือลดความดันฯที่บ้านเพื่อปรับเปลี่ยนฯ และให้การรักษา เพื่อควบคุมความดันโลหิต ปรับยาหรือหยุดยาแล้วแต่กรณี

3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

*ผู้ดำเนินงาน ควรมีความรู้และแนวทางการจัดการการวัดความดันโลหิตด้วยตัวเองที่บ้าน*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้....ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เช่น

ค่าครุภัณฑ์ : เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านแบบอัตโนมัติตามเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน.....เครื่อง ราคาเครื่องละ....บาท จำนวน....บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

จำนวนผู้ป่วยโรคความดันฯสูง ที่ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านฯดังกล่าว วัดความดันฯตนเองที่บ้าน อย่างน้อย 7 วันก่อนวันนัดตรวจ ในระยะเวลาดำเนินการ........เดือน

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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



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

**โครงการส่งเสริมมาตรการ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)**

**และ การประเมินตนเองด้วย น.ค.ร. 2 ส. (น้ำหนัก ความดันฯ รอบเอว สูบบุหรี่ สุรา)**

**(ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน น.ค.ร. 2 ส. หรือ**

**ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน 4 ล. (ลดพุง ลดความดันฯ ละเหล้า เลิกบุหรี่))**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานร้อยละ 8.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 53 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 57 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนประมาณ 13 ล้าน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 49 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ นอกจากสาเหตุด้านผู้ให้บริการซึ่งมีหลายปัจจัยแล้ว สาเหตุจากผู้ป่วยที่อาจไม่ตระหนักและดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หากมีกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือในการสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.และประเมินด้วย น.ค.ร. 2 ส. จะช่วยให้การดูแลควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น พื้นที่เทศบาล/อบต. ............มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ดีจำนวน....... คน รพ./รพ.สต. ...........จึงจัดทำโครงการ.............................รุกเข้าไปในชุมชนขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนัก ตั้งเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และประเมินตนเอง เพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายและยั่งยืน (Plan-do-check-act)

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน(/ความดันโลหิตสูง) ในพื้นที่............. จำนวน...........คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 สื่อสารกิจกรรมโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน(/ความดันโลหิตสูง) ในเขตพื้นที่ และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

3.2 จัดกระบวนการและกิจกรรมด้วยวิธีของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ที่ออกแบบให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเรียนรู้เทคนิค/วิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.(ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือโรคความดันฯสูง ได้รับการสนับสนุนให้ “ตั้งเป้าหมายฯประจำปี” เช่น น. น้ำหนักไม่เกินกี่กิโลกรัม ค.ความดันฯตัวบนไม่เกินกี่ มม.ปรอท ร.รอบเอวไม่เกินกี่เซนติเมตร การสูบบุหรี่ = 0 มวนต่อวัน ดื่มสุรา = 0 แก้วต่อวัน (น.ค.ร 2 ส. หรือ ตัวเลข เบรคโรค) และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. ตนเองอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อพัฒนา 3 อ. 2 ส. ตลอดทั้งปี ให้ถึงเป้าหมายฯประจำปีที่ตั้งไว้) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ครั้งแรกให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าค่ายเรียนรู้ 3 วัน
2. จากนั้นจัดกิจกรรมเรียนรู้ เดือนละครั้ง ครั้งละ ½ วัน เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

3.3 ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ปรับการกิน การอยู่ด้วย 3 อ. 2 ส. และวัดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต อย่างต่อเนื่อง

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ……...

*ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมการดำเนินโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนและควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค)*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

วันที่.......เดือน.......พ.ศ........- วันที่.......เดือน.......พ.ศ...... (อย่างน้อย 6 เดือน)

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย.... ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงาน/หน่วยงานภายใน อปท ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันฯสูงที่สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. และบรรลุเป้าหมายประจำปีที่ตั้งไว้ (จำนวนคน และ ร้อยละของผู้ป่วยฯ ทั้งหมดที่เข้าโครงการฯ)

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ค่าย | จัดกิจกรรม | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการบรรลุเป้าหมาย 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | DM | HT | กินอาหาร | | กิจกรรมทางกาย | | บุหรี่ | | สุรา | | น้ำหนัก | | ความดันโลหิต | |
| √ | × | √ | × | √ | × | √ | × | √ | × | √ | × |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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



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

**โครงการส่งเสริมมาตรการ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)**

**และ การประเมินตนเองด้วย น.ค.ร. 2 ส. (น้ำหนัก ความดันฯ รอบเอว สูบบุหรี่ สุรา)**

**(ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน น.ค.ร. 2 ส. หรือ ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน 4 ล.(ลดพุง ลดความดันฯ ละเหล้า เลิกบุหรี่))** **ด้วยวิธี MI (Motivational Interviewing)**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานร้อยละ 8.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 53 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 57 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนประมาณ 13 ล้าน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 49 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ นอกจากสาเหตุด้านผู้ให้บริการซึ่งมีหลายปัจจัยแล้ว สาเหตุจากผู้ป่วยที่อาจไม่ตระหนักและดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หากมีกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือในการสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.และประเมินด้วย น.ค.ร. 2 ส. จะช่วยให้การดูแลควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น พื้นที่เทศบาล/อบต. ............มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ดีจำนวน....... คน รพ./รพ.สต. ...........จึงจัดทำโครงการ.............................ด้วยวิธ๊ Motivational Interviewing รุกเข้าไปในชุมชนขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนัก ตั้งเป้าหมาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง และประเมินตนเอง เพื่อพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายและยั่งยืน (Plan-do-check-act)

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่............. จำนวน...........คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 สื่อสารกิจกรรมโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่

และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

* 1. ให้คำปรึกษา/สนทนาสร้างแรงจูงใจ วิธี Motivational Interviewing ด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น

แก่กลุ่มเป้าหมายตามปัญหาปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน (ได้รับการสนับสนุนให้ “ตั้งเป้าหมายฯประจำปี” เช่น น. น้ำหนักไม่เกินกี่กิโลกรัม ค.ความดันฯตัวบนไม่เกินกี่ มม.ปรอท ร.รอบเอวไม่เกินกี่เซนติเมตร การสูบบุหรี่ = 0 มวนต่อวัน ดื่มสุรา = 0 แก้วต่อวัน (น.ค.ร 2 ส. หรือ ตัวเลขเบรคโรค) และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. ตนเองอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อพัฒนา 3 อ. 2 ส. ตลอดทั้งปี ให้ถึงเป้าหมายฯประจำปีที่ตั้งไว้) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการ 3 อ 2 ส ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแบบสั้น 1 ครั้งต่อเดือน เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน รวมอย่างน้อย 4 ครั้ง
2. ติดตามผลตามกำหนดนัด 2 ครั้ง ทุก 3 เดือน รวมเป็นระยะเวลาประมาณ 10 เดือน
   1. โดยออกไปบริการเชิงรุกในชุมชนหรือที่บ้านตามที่นัดหมายและกลุ่มเป้าหมายสะดวก หรือให้คำแนะ นำทางโทรศัพท์ บางกรณีที่จำเป็นอาจนัดมารับบริการที่หน่วยบริการ
   2. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ........................

*ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมสนทนาด้วยวิธี Motivational Interviewing และควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ...ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายใน อปท. ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันฯสูงที่สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. และ บรรลุเป้าหมายประจำปีที่ตั้งไว้ (จำนวนคน และ ร้อยละของผู้ป่วยฯ ทั้งหมดที่เข้าโครงการฯ)

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ร่วมกิจกรรม | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการบรรลุเป้าหมาย 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | DM | HT | กินอาหาร | | กิจกรรมทางกาย | | บุหรี่ | | สุรา | | น้ำหนัก | | ความดันโลหิต | |
| √ | × | √ | × | √ | × | √ | × | √ | × | √ | × |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

**โครงการ****ตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล......................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

ผู้ป่วยเบาหวานเด็กและวัยรุ่นมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ เพราะเด็กมีพัฒนาการเติบโต มีการปรับตัวตามวัย และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งการฉีดอินซูลิน อาหาร กิจวัตรประจำวัน การดูแลรักษาจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (SMBG) ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน และปรับปริมาณอินซูลินให้เหมาะสม เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดและ HbA 1c ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดหรือมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดน้อยครั้งที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยเจริญเติบโตและมีพัฒนาการเป็นไปตามมาตรฐานเด็กไทย การที่จะให้เด็กหรือผู้ป่วยอายุน้อยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองจำเป็นต้องมีเครื่องตรวจระดับน้ำตาลและแผ่นตรวจเลือดที่ต้องใช้ทุกวัน ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากในระยะยาว ครอบครัวของเด็กหรือผู้ป่วยอายุน้อยไม่อาจจัดการได้ พื้นที่เทศบาล/อบต. ..........มีเด็กหรือผู้ป่วยอายุน้อย .......คน รพ. ..................จึงจัดทำโครงการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างเหมาะสม

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย ในพื้นที่..............จำนวน.............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 ขอสนับสนุน อปท./กองทุนฯท้องถิ่น ในการจัดหาเครื่องตรวจระดับน้ำตาลและแผ่นตรวจเลือด เพื่อสนับสนุนแก่เด็กและวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานในการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง

3.2 สอนพ่อแม่/ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยในการใช้แผ่นตรวจเลือดและเครื่องตรวจวัดน้ำตาลเพื่อตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การปรับการฉีดอินซูลิน รวมทั้งการบันทึก

3.3 แพทย์และพยาบาลที่หน่วยบริการประเมินและติดตามระดับน้ำตาลและการเจริญเติบโตของเด็ก

3.4 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น........บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย.... ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม เข่น

- ค่าวัสดุการแพทย์-แผ่นตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาล จำนวน 4 แผ่นต่อวัน จำนวน 365 วัน รวมจำนวน...........แผ่นหรือขวด/คน จำนวนผู้ป่วย....คน ราคาแผ่นหรือขวดละ..........บาท รวมเป็นเงินจำนวน............บาท

ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อย ไม่ประสบปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำ และเจริญเติบโตเต็มตามศักยภาพ

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่ได้รับประโยชน์จากโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

**โครงการเยี่ยมบ้านติดตามการรักษาและการกินยา**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล.. ..........................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานร้อยละ 8.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนประมาณ 4.8 ล้านคน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 53 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 57 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนประมาณ 13 ล้าน เข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 49 ในจำนวนนี้ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 40 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ นอกจากสาเหตุด้านผู้ให้บริการซึ่งมีหลายปัจจัยแล้ว สาเหตุจากผู้ป่วยที่อาจไม่ตระหนักและดูแลตนเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล หากมีกระบวนการสนับสนุนช่วยเหลือในการสร้างความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.และประเมินด้วย น.ค.ร. 2 ส. จะช่วยให้การดูแลควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น พื้นที่เทศบาล/อบต. .........มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ดีจำนวน....... คน สำนัก/กอง ..........เทศบาล/อบต. ........จึงจัดทำโครงการ............................. รุกเข้าไปในชุมชนขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ให้กินยาครบถ้วนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน น.ค.ร. 2 ส. หรือ ใส่ใจ 3 อ. บอกลา 2 ส. ประเมิน 4 ล.(คือ ล.ลดพุง ล.ลดความดันฯ ล.ละเหล้า ล.เลิกบุหรี่))

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 อปท. ประสานขอสนับสนุนข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงจากหน่วยบริการ เพื่อการติดตามและช่วยเหลือ โดยสอบถามความสมัครใจ

3.2 อปท. ประสานหน่วยบริการเพื่อขอความสนับสนุนพยาบาลปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ หรือจ้างเหมาบริการพยาบาลมาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อลงไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และสนับสนุนให้ “ตั้งเป้าหมายฯประจำปี” เช่น น. น้ำหนักไม่เกินกี่กิโลกรัม ค.ความดันฯตัวบนไม่เกินกี่ มม.ปรอท ร.รอบเอวไม่เกินกี่เซนติเมตร การสูบบุหรี่ = 0 มวนต่อวัน ดื่มสุรา = 0 แก้วต่อวัน (น.ค.ร 2 ส. หรือ ตัวเลขเบรคโรค) และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. ตนเองอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง เพื่อพัฒนา 3 อ. 2 ส. ตลอดทั้งปี ให้ถึงเป้าหมายฯประจำปีที่ตั้งไว้)

3.3 พยาบาล 1 คน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวน.......คนต่อวันราชการปกติ และจำนวน.......คนต่อวันหยุดราชการ เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ. 2 ส. ตั้งเป้าหมายน.ค.ร. 2 ส. ประจำปี การกินยา การดูแลแผล ฯลฯ และประเมิน น.ค.ร. 2 ส. อย่างน้อยปีละ 3 ครั้งตามเป้าหมาย

3.4 พยาบาลสรุปผลการปฏิบัติงาน รายงาน อปท. ทุกเดือน และสำนัก/กอง........สรุปผลการบรรลุเป้าหมาย ส่งกองทุนหลักประกันสุขภาพ...............................

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย.......ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายใน อปท. ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม

(ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันฯสูงที่บรรลุเป้าหมายประจำปี น.ค.ร. 2 ส. ที่ตั้งไว้)

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการและการเยี่ยมแนะนำ ประจำเดือน..........................

ผู้รายงาน.......................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | DM | HT | จำนวนครั้งที่เยี่ยม |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการบรรลุเป้าหมาย 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ  ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | DM | HT | เยี่ยม (ครั้ง) | กินอาหาร | | กิจกรรมทางกาย | | บุหรี่ | | สุรา | | น้ำหนัก | | ความดันโลหิต | |
| √ | × | √ | × | √ | × | √ | × | √ | × | √ | × |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

**โครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในชุมชน**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

โรคจากการสูบบุหรี่ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งครึ่งหนึ่งเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม การเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาดเป็นเพียงหนทางเดียวที่ผู้สูบบุหรี่จะป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของตนเอง ยิ่งเลิกเร็วก็จะมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นโดยเฉพาะหากเลิกบุหรี่ได้ก่อนอายุ 35 ปี และมีผลดีต่อสุขภาพมากมาย จากการสำรวจภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 5 ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าสูบในปัจจุบันร้อยละ 19.5 สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 16.0 โดยเพศชายสูบร้อยละ 30-37 มากกว่าเพศหญิง การสูบเป็นประจำตามกลุ่มอายุในเพศชาย ความชุกเริ่มตั้งแต่ร้อยละ 25.0 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปี ร้อยละ 39.2 ความชุกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุชายยังคงสูบบุหรี่อยู่ จากการศึกาษาของ ปรีชา อุปโยคินและคณะพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการควบคุมทางสังคม คือ การให้ความรู้ด้านโทษภัยของบุหรี่ การติดตามกลุ่มเป้าหมายอย่างใกล้ชิดโดยให้อสม. 1 คน ดูแลผู้สูบบุหรี่ 3 คน อย่างใกล้ชิด สามารถทำให้มีผู้เลิกสูบบุหรี่ได้ถึงร้อยละ 10 และผู้ที่ยังสูบอยู่ลดจำนวนการสูบลงจากเดิมร้อยละ 44.7 ซึ่งบุคคลที่สามารถเลิกบุหรี่ได้นั้น มีความรู้สึกชนะใจตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และครอบครัวให้การยอมรับ ทุกคนมีความยินดีในการลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงและสามารถเลิกสูบบุหรี่อย่างถาวร พื้นที่เทศบาล/อบต. ............ มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป คาดว่ามีผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน....... คน หากสนับสนุนให้เลิกบุหรี่ได้จะช่วยลดเสี่ยงต่อการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง รพ./รพ.สต...............(สำนัก/กอง ..........เทศบาล/อบต. ........หรือหน่วยงาน........) จึงจัดทำโครงการลด ละ เลิกบุหรี่ในชุมชนขึ้น โดยใช้กระบวนการควบคุมทางสังคม ผ่านทางครอบครัวและผู้ใกล้ชิด และ อสม.

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่ลด ละ เลิกสูบบุหรี่

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

ผู้สูบบุหรี่ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่...................จำนวน................คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 รพ./รพ.สต...........ประสานเทศบาล/อบต...............สื่อสารรายละเอียดและขอการสนับสนุนในการดำเนินโครงการ เป็นแบบอย่าง และประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้สูบบุหรี่และครอบครัวเข้าร่วมโครงการ

3.2 ประสานและสื่อสารโครงการกับคณะกรรมการชุมชน/คณะกรรมการหมู่บ้าน เพื่อขอการสนับสนุนในการดำเนินโครงการ เป็นแบบอย่าง และประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้สูบบุหรี่และครอบครัวเข้าร่วมโครงการ

3.3 ประสาน อสม.ในการเดินสำรวจสำมะโนประชากรผู้สูบบุหรี่ในหลังคาเรือนหรือพื้นที่รับผิดชอบ และรับสมัครผู้สูบบุหรี่และครอบครัวเข้าร่วมโครงการ

3.4 จัดกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจถึงพิษภัยบุหรี่ โดยอบรมให้ความรู้แยกเป็นรายพื้นที่ รายกลุ่ม

เรื่อง “พิษภัยของบุหรี่และเคล็ดลับในการเลิกสูบบุหรี่” แก่ สมาชิกเทศบาล/อบต. กรรมการชุมชน/หมู่บ้าน อสม. และผู้สูบบุหรี่/ครอบครัว ที่เข้าร่วมโครงการ และผู้ที่สนใจ

เรื่อง “สิ่งที่ควรทราบก่อนช่วยคนใกล้ชิดเลิกบุหรี่” สำหรับผู้ใกล้ชิดในครอบครัว รวมถึง อสม.เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติในการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

3.5 บทบาทของแต่ละฝ่าย

ครอบครัว: ครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีบทบาทสำคัญต่อการเลิกบุหรี่ โดยสมาชิกในครัวเรือน

เป็นผู้กระตุ้น ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ได้ตระหนักว่า การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น ทั้งด้านสุขภาพ และสภาพแวดล้อม และทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความรู้สึกว่าตนเอง เป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วยที่ส่งผลทำความเดือนร้อน และเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง

อสม.: เป็นสื่อบุคคลที่เข้าถึงตัวผู้สูบบุหรี่ได้ โดยใช้กระบวนการขายตรง รวมถึงการเฝ้าระวัง โดย

อสม.จัดทำทะเบียนผู้สูบบุหรี่ในพื้นที่รับผิดชอบ และเป็นผู้นำสาร ข้อแนะนำ และชักจูง ผู้สูบบุหรี่เป็นรายบุคคล ในรูปแบบการควบคุมทางสังคม โดยความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน อสม.1 คนรับผิดชอบดูแลผู้สูบบุหรี่ 3-5 คน และทำงานตามแผนที่กำหนดร่วมกับผู้จัดการ

เทศบาล/อบต. สมาชิกสภา กรรมการชุมชน/หมู่บ้าน: เป็นแบบอย่างในการลด ละ เลิกบุหรี่ ช่วย

สนับสนุน และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ กำหนดให้สถานที่สาธารณะเป็นสถานที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย

รพ./รพ.สต.: เป็นผู้จัดการและวางแผนการดำเนินงานร่วมกับ อสม.และชุมชนในการดำเนิน

โครงการ จัดการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจพิษภัยบุหรี่ สนับสนุนติดตามและเป็นที่ปรึกษาการทำงานของ อสม. เยี่ยมให้กำลังใจ ประสานการทำงานกับอปท. กรรมการชุนชม/หมู่บ้าน

: บริการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ รับส่งต่อผู้สูบบุหรี่จาก อสม.

และหรือส่งต่อไปพบแพทย์ที่ รพ.เพื่อการบำบัดรักษากรณีที่จำเป็น

3.6 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

วันที่.......เดือน.......พ.ศ........- วันที่.......เดือน.......พ.ศ...... ( 1 ปี)

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น...................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายบริการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ ดังนี้ ……ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

มีผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร อย่างน้อยร้อยละ 10 ของผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการและสรุปผลลด ละ เลิกบุหรี่

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | เลิก | ละ | ลด | ถอนตัว |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

**โครงการใกล้บ้าน สมานใจ (ลด ละ เลิกสุรา)**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ..เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต พฤติกรรมการดื่มที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายมีได้หลายลักษณะ ตั้งแต่การดื่มหนักทุกวัน ดื่มจนเมาบ่อย ๆ ดื่มจนเกิดปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพ จิต หรือดื่มจนติดสุรา พฤติกรรมการดื่มดังกล่าวก่อปัญหาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัวและสังคม เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุพิการบาดเจ็บ ต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ทั้งนี้พบว่า ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดจากสถานบริการสุข ภาพและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนร้อยละ 60-70 กลับไปดื่มสุราซ้ำจนเกิดปัญหาเรื้อรังในครอบครัวและสังคม ทั้งยังเป็นภาระสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายภาครัฐอย่างมาก การบำบัดผู้ติดสุราเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำยังคงมุ่งเน้นการตั้งรับในโรง พยาบาล ทำให้ผู้ติดสุราหลังจำหน่ายยังคงต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่รุมเร้าในชุมชน จึงจำเป็นที่จะต้องมีแนว ทางในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนประคับประคองให้ผู้ติดสุราเหล่านี้ ลด ละ เลิก การดื่มสุรา เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ ในพื้นที่เทศบาล/อบต. ............มีผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราระดับความเสี่ยงสูง จำนวน....... คน รพ./รพ.สต............จึงจัดทำโครงการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้ผู้ติดสุราหรือผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงในชุมชน ลด ละ เลิก การดื่มสุรา ลดการกลับดื่มซ้ำและการกลับ มารักษาซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โดยใช้โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ

**1. วัตถุประสงค์**

1.1 เพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดและกลับสู่ชุมชนได้รับการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1.2 เพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนและไม่ยอมเข้ารับบริการสุขภาพ ได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

2.1 ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราในชุมชน (หมายถึง ผู้ดื่มสุราที่มีผลการ

ประเมิน ASSIST ≥27 คะแนน หรือผู้ติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และส่งต่อกลับสู่ชุมชน) จำนวน..........คน

2.2 ญาติหรือผู้ดูแล (หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันและให้การดูแลผู้มีปัญหาการ ดื่มสุรามาอย่างน้อย 6 เดือน มีความต้องการให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราลด ละ เลิก การดื่ม) จำนวน.............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย โดยค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มสุราในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน รุนแรง และเรื้อรัง หรือกลุ่มที่ผ่านการบำบัดมาแล้ว และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3.2 บุคลากรสุขภาพลงพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน และทำการการประเมินร่วมกับการให้ความรู้ คำแนะ นำ และการฝึกทักษะใน 3 ด้าน 9 องค์ประกอบที่บ้าน ทั้งหมด 10 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาบำบัดแต่ละครั้ง 30-60 นาที และติดตามต่อเนื่องอีก 5 ครั้ง เมื่อครบ 1-3-6-9-12 เดือน โดยมีกิจกรรมดำเนินการ ดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพ ผู้เยี่ยมทักทาย แนะนำตนเอง สนทนาทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ของการมาเยี่ยม และประโยชน์ที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราจะได้รับ พร้อมกำหนดการ จำนวนครั้งของการเยี่ยม

2) ประเมิน สังเกต ซักถาม และบันทึก ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดื่มสุราและประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และแบบบันทึกใกล้บ้านสมานใจ

3) ให้ความรู้ แนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และฝึกทักษะที่จำเป็น (ตามคู่มือฯ)

ครั้งที่ 1 เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม และแนวทางเกี่ยวกับการจัดการที่อยู่

อาศัย

ครั้งที่ 2 เกี่ยวกับการจัดการกับภาวะวิกฤต และการจัดการเอกสาร รวมถึงการเข้าถึงและรับ

บริการแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราและญาติผู้ดูแล

ครั้งที่ 3 เกี่ยวกับการรับประทานยา และการส่งเสริมสุขภาพ

ครั้งที่ 4 เกี่ยวกับการสร้างโอกาสในการทำงาน และแนวทางเกี่ยวกับการจัดการเรื่องเงิน

ครั้งที่ 5-10 เกี่ยวกับองค์ประกอบทั้งหมดในครั้งที่ 1-4 เพิ่มเติมสาระความรู้ และฝึกทักษะที่

พร่องไป

4) ให้การบำบัดแบบสั้น (brief counselling) เปิดโอกาสให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้พูดคุย ความคิด

ความรู้สึกถึงปัญหาการควบคุมการดื่มสุรา เสริมแรงจูงใจเพื่อให้สามารถลด ละ เลิกดื่ม และได้พูดคุยถึงปัญหาในการดำเนินชีวิตอื่น ๆ

5) ร่วมกัน สรุป และบันทึกปัญหาต่าง ๆ และแนวทางการแก้ไขในแบบบันทึกการให้การปรึกษา

3.3 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

*ผู้ดำเนินงาน ควรได้รับการอบรมโปแกรมใกล้บ้านสมานใจ และศึกษา “แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” กระทรวงสาธารณสุข*

*(หมายเหตุ ดูรายละเอียด “การดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา:โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ (PACT Model)” ใน“แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา” กระทรวงสาธารณสุข)*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

วันที่.......เดือน.......พ.ศ........- วันที่.......เดือน.......พ.ศ...... (1 ปี)

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้..... ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6.** **ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

หน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานภายในของ อปท. ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ร้อยละ 60 ของผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระดับความเสี่ยงสูงหรือผู้ติดสุราในชุมชน เมื่อสิ้นสุดโครงการสามารถลดการดื่มจนมีความเสี่ยงต่ำหรือหยุดดื่มได้

**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 และการป้องกันโรคของ  
 องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [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. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵 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) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการและสรุปผลลด ละ เลิกดื่มสุรา

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | เลิก/หยุด | ละ | ลด | ถอนตัว |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ ผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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