**โครงการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและ**

**ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ............................ อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการเหตุผล**

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 43.1 ในปี 2557 และ ผู้ที่เป็นความดันฯสูง ไม่ทราบว่าตนเองเป็นความดันฯสูง จากร้อยละ 50.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 44.7 ในปี 2557 แสดงให้เห็นว่า ผู้ใหญ่ไทยที่เป็นเบาหวานและ/หรือความดันฯสูง มากกว่าร้อยละ 40 ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากวิธีการคัดกรองที่ผ่านมา ดังนั้น แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 จึงได้กำหนดวิธีการคัดกรอง วินิจฉัย ขึ้นทะเบียนและรักษา เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

การคัดกรอง-วินิจฉัยและประเมินความเสี่ยงฯ ทำให้สามารถพบกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มสงสัยป่วยหรือกลุ่มป่วยแล้วแต่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยแต่แรก การดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย ดังกล่าว ทั้งที่มีและไม่มีอาการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมอย่างเข้มข้น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สามารถป้องกันและยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ถึงร้อยละ 50 จึงเป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคฯ ที่ดีที่สุด

1. **วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยง สงสัยป่วยต่อการเกิดโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคหัวใจและหลอดเลือด เข้าถึงบริการวัดคัดกรอง วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน และ รักษาอย่างต่อเนื่อง

1. **กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

ผู้มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปในพื้นที่.... ที่แพทย์ไม่เคยวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาก่อน

1. **วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 จัดทำบัญชีรายชื่อและที่อยู่ ของประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่.........ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และสื่อสารเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง สมัครเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.2 ให้บริการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (จากตัวเลข น.น้ำหนัก ค.ความดันฯ ร.รอบเอว ส.สูบบุหรี่ ส.สุรา หรือ น.ค.ร. ๒ ส.) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560 และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 และมาตรฐานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยออกดำเนินการเชิงรุกในชุมชน

3.3 หากพบว่าผิดปกติตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ให้ส่งหรือนัดหมายไปรับการตรวจยืนยันโดยแพทย์ที่หน่วยบริการหรือสถานบริการ เพื่อการวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนและรักษา ในเวลาไม่เกิน 1 เดือนหลังการวัดคัดกรองฯ ในกรณีที่ตรวจพบความดันฯ สูงผิดปกติมาก หรือ อันตราย ได้แก่

 3.3.1 ความดันฯ >180/110 มม.ปรอท ให้พบแพทย์ทันที เพื่อวินิจฉัย ขึ้นทะเบียนและให้การรักษาในวันนั้น (คัดกรองและวินิจฉัยความดันฯสูงในวันเดียวกัน หรือ One stop service)

 3.3.2 ความดันฯ >130/80 มม.ปรอท ในผู้ป่วยเบาหวาน หรือ ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น อัมพาต กล้ามเนื้อหัวใจตาย-ขาดเลือด) หรือ ในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า >10% ส่งพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาต่อไป ในเวลาไม่เกิน 1 เดือน (ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562)

3.4 ให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยง 3 อ. 2 ส. และประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย น.ค.ร. 2 ส. เป็นประจำ

3.5 จัดทำทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วยที่ส่งกลับและกลุ่มป่วยรายเก่า(รายชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์) เพื่อดำเนินการตาม 3.4

3.6 สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมทะเบียนหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มป่วย และบัญชีรายชื่อผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองประเมิน ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ................

*ผู้ดำเนินงาน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุมโรค เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เพื่อความเข้าใจในการดำเนินโครงการ/กิจกรรม*

1. **ระยะเวลาดำเนินการ**

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

1. **งบประมาณ**

 จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น......บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ .....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 ทะเบียนผู้ที่มีความเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มป่วย เบาหวาน ความดันฯสูง (รายชื่อ ที่อยู่ โทรศัพท์)

7.2 จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัย เบาหวาน ความดันฯสูง และประเมินความเสี่ยงฯ

 1) จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน ความดันฯสูง ในวันเดียวกัน

 2) จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง-วินิจฉัย ขึ้นทะเบียน เบาหวาน และ/หรือ ความดันฯสูงในเ 1 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**

แบบรายงานผู้เข้าร่วม ตรวจคัดกรอง และประเมินโอกาสเสี่ยง

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ  | อายุ (ปี) | ดัชนีมวลกาย | คัดกรองเบาหวาน | คัดกรองความดันโลหิต | ประเมินโอกาสเสี่ยง |
| ต่ำ | ปกติ | ท้วม/อ้วน | ปกติ | เสี่ยง | ป่วย | ปกติ | เสี่ยง | ป่วย | 10 -<20 | 20 -<30 | ≥30 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ช่วงอายุ | เพศ | ดัชนีมวลกาย | คัดกรองเบาหวาน | คัดกรองความดันโลหิต | ประเมินโอกาสเสี่ยง |
| ชาย | หญิง | รวม | ต่ำ | ปกติ | ท้วม/อ้วน | ปกติ | เสี่ยง | ป่วย | ปกติ | เสี่ยง | ป่วย | BP ≥180/110 | 10 -<20 | 20 -<30 | ≥30 |
| <35 ปี |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35-39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40-44 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวม |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ทะเบียนผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มป่วย

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | โทรศัพท์ | เบาหวาน | ความดันโลหิตสูง | เบาหวานและความดันโลหิตสูง |
| เสี่ยง | ป่วย | เสี่ยง | ป่วย |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

**โครงการ ปรับพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ต้านโรคเอ็นซีดี**

**(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ด้วยโปรแกรม DPP (Diabetes Prevention Program)**

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

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

**หลักการและเหตุผล**

 กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต ในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง 3) น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อย ในพื้นที่ อปท....... มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน.......คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคและกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน.......คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ./รพ.สต.......จึงจัดทำโครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ต้านโรคเอ็นซีดี *ด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวาน (Diabetes Prevention Program: DPP)* ในชุมชนขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

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

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 สื่อสารรายละเอียดโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน(/ความดันโลหิตสูง) ในเขตพื้นที่ และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

* 1. จัดโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งเป็นชุดของกิจกรรมที่ออกแบบให้เข้าร่วมโครงการ ได้เข้าใจความเสี่ยงของตนเองและการดำเนินของโรคเบาหวาน (/ความดันโลหิตสูง) เรียนรู้เทคนิค/วิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน(/ความดันโลหิตสูง) และสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรม ดังนี้
		1. ครั้งแรกให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าค่ายเรียนรู้ 3 วัน

3.2.2 จากนั้นจัดกิจกรรมเรียนรู้ เดือนละครั้ง ครั้งละ ½ วัน เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

* 1. ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ปรับการกิน การอยู่ด้วย 3 อ. 2 ส. และวัดน้ำหนัก ความดันฯ อย่างต่อเนื่อง
	2. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ……..
	3. *ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมการดำเนินโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนและสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “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 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ .....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

 - หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)

 - องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

กลุ่มเสี่ยง สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. และ น.ค.ร.

**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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | เสี่ยงDM | HT | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน | น้ำหนัก | ความดันโลหิตSBP | ความดันโลหิต DBP |
| เสี่ยง | ป่วย | อาหาร | ออกกำลัง | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ลด(กก.) | เพิ่ม (กก.) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

**โครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ต้านโรคเอ็นซีดี ด้วย MI (Motivational Interviewing)**

**(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)**

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

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

**หลักการและเหตุผล**

 กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต ในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง 3) น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อย ในพื้นที่ อปท.......... มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน..........คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคและกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน........คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ./รพ.สต.........จึงจัดทำโครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ต้านโรคเอ็นซีดี *ด้วยวิธี Motivational Interviewing*: *MI* ในชุมชนขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ และกลุ่มสงสัยป่วย ในพื้นที่........... จำนวน ............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1 สื่อสารรายละเอียดโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวาน /ความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

* 1. ให้คำปรึกษา/สนทนาสร้างแรงจูงใจ วิธี Motivational Interviewing ด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น

แก่กลุ่มเป้าหมายตามปัญหาปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการ 3 อ 2 ส โดย

* + 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 และสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “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 เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ .....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

 - หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)

 - องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยที่สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.

**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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ได้รับคำแนะนำอย่างสั้น | ติดตาม |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | เสี่ยงDM | HT | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน | น้ำหนัก | ความดันโลหิตSBP | ความดันโลหิต DBP |
| เสี่ยง | ป่วย | อาหาร | ออกกำลัง | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ลด(กก.) | เพิ่ม (กก.) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

 **โครงการออกกำลัง/กิจกรรมทางกาย ต้านโรคเอ็นซีดี**

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

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

**หลักการและเหตุผล**

 กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิต ในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อย พื้นที่ อปท............. มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน..........คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรค จำนวน.............คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ สำนัก/กอง........เทศบาล/อบต..........จึงจัดทำโครงการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายต้านโรคเอ็นซีดี ในชุมชน โดยจัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายและปรับพฤติกรรมมาดำเนินการ

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

ประชาชนวัยทำงานและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ ในพื้นที่ .......... จำนวน ............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

* 1. สื่อสารกิจกรรมโครงการในพื้นที่ เพื่อรับสมัครประชาชนวัยทำงานและกลุ่มเสี่ยงที่สนใจเข้าร่วมโครงการ และจำนวนผู้สนใจ พร้อมจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สมัครเข้าร่วมโครงการพร้อมที่อยู่ และโทรศัพท์
	2. สำนัก/กอง........จ้างบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือบุคลากรสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย จำนวน .........คน เพื่อลงพื้นที่ให้บริการฝึกทักษะออกกำลัง/กิจกรรมทางกาย และคำแนะนำ 3 อ 2 ส แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน/ย่าน
	3. สำนัก/กอง......แจ้งชุมชน/ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้รับทราบถึงผู้รับจ้างที่จะให้บริการในชุมชนแต่ละแห่ง
	4. ผู้รับจ้าง 1 คน รับผิดชอบการให้บริการ 5 ชุมชน ชุมชนละ 1 วัน (4 ชั่วโมง) ต่อสัปดาห์ในช่วงเวลาเย็นที่ประชาชนสะดวก รวม 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 เดือน(หรือ 3-6 เดือน) แต่ละชุมชนมีผู้เข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 20 คน (แนะนำให้ผู้เข้าร่วมที่มี smart phone ติดตั้ง application: google fit/step count หรือจัดหาเครื่องนับก้าว/smart watch เพื่อติดตามประเมินการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายของตนเอง)
	5. ผู้รับจ้างจัดทำรายงานตามแบบที่กำหนด ส่งให้สำนัก/กอง......ทุกสัปดาห์ และสรุปผลเมื่อครบ 12 เดือน
	6. สำนัก/กอง.........สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ มีการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

*ผู้รับจ้าง ควรมีคุณวุฒิจบด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือพลศึกษา และมีประสบการณ์ด้านการปรับพฤติกรรม/งานชุมชน คุณวุฒิด้านสาธารณสุข ควรมีประสบการณ์ทำงานชุมชน/การปรับพฤติกรรมและการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย)*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ...............................จำนวนทั้งสิ้น ................................. บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ ..... (ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

 - สำนัก/กอง.........ของ อปท.ตามข้อ 10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

จำนวนประชาชนวัยทำงานที่เข้าร่วม และร้อยละของประชาชนฯดังกล่าวที่สามารถออกกำลังกายปานกลางได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ วัดจากการนับก้าว (เช่น เดิน >7,500 ก้าวต่อวันโดยเฉลี่ย) หรือ วัดจากจำนวนเวลาที่ออกกำลังกายแอโรบิคหรือคาร์ดิโอ (เช่น จาก App: Google fit ในโทรศัพท์มือถือ คะแนนคาร์ดิโอมากกว่า 150 หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์)

**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 *(ผู้นำออกกำลังกายเป็นผู้รายงาน)*

ชุมชน.........................................................ประจำวันที่...............เดือน..............................พ.ศ.................

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

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

แบบสรุปผลการดำเนินงาน *(ผู้นำออกกำลังกายเป็นผู้รายงาน)*

ชุมชน.........................................................สรุปวันที่...............เดือน..............................พ.ศ................

ผู้สรุป.......................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ |
| อาหาร | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ออกกำลัง |
| เดิน | ออกกำลังแอโรบิก |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผู้เข้าร่วมโครงการและผลการดำเนินงานส่งกองทุนฯท้องถิ่น *(ผู้ว่าจ้างรายงาน)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ |
| อาหาร | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ออกกำลัง |
| เดิน | ออกกำลังแอโรบิก |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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