**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุน

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง

ด้วย หน่วยงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาระบบบริหารจัดการกองทุนในปีงบประมาณ 2560โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลังเป็นเงิน15,000 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. หลักการและเหตุผล**

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง ได้จัดตั้งขึ้นในปี 2554 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่น  
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสในตำบล ได้เข้าถึงการบริการได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพมาตรฐานและส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเสี่ยง และผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองและร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ดังนั้น เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง ขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี   
จึงจำเป็นต้องจัดโครงการนี้ขึ้น เพื่อให้กองทุนฯ สามารถบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ต่อไป

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อพิจารณาอนุมัติแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

2. เพื่อพิจารณาออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน

3. เพื่อควบคุมและกำกับดูแลการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

4. เพื่อกำกับดูแลให้หน่วยงาน หรือกลุ่มหรือองค์กรผู้ที่ได้รับอนุมัติงบประมาณ ให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ และตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนด

5. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

**3. วิธีดำเนินการ**

1. ขั้นตอนวางแผนงาน

- ร่วมกันประชุมวางแผน กำหนดร่างวาระในการประชุม จำนวนคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน

- กำหนดวันประชุมตลอดปีงบประมาณ

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการ เพื่อกำหนดนัดหมาย

- จัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ประกอบการดำเนินงาน

- จัดเตรียมค่าใช้จ่ายในการประชุม เช่น ค่าตอบแทนกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงาน ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม อาหารกลางวัน

- จัดเตรียมสถานที่ในการประชุม

3. ดำเนินการจัดประชุมตามแผนงานและวาระที่กำหนด

**- จัดประชุมคณะกรรมการ และที่ปรึกษา อย่างน้อย** 4 **ครั้ง/ปี**

**- จัดประชุมคณะอนุกรรมการกองทุน/คณะทำงาน อย่างน้อย** 4 **ครั้ง/ปี**

**- สรุปผลการประชุมและมติคณะกรรมการ/คณะทำงาน**

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560

**5. สถานที่ดำเนินการ**

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง

**6. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลังจำนวน 15,000 บาท รายละเอียด ดังนี้

* 1. ค่าอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม เป็นเงิน 1,000 บาท

6.2 ค่าตอบแทนคณะทำงาน เป็นเงิน 1,000 บาท

6.3 ค่าตอบแทนคณะกรรมการ เป็นเงิน 10,000 บาท

6.4 ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการเดินทางไปราชการ เป็นเงิน 3,000 บาท

รวมเป็นเงิน 15,000 บาท

*หมายเหตุ 1: ค่าใช้จ่ายสามารถถัวเฉลี่ยกันได้ทุกรายการ*

*หมายเหตุ 2: การใช้งบประมาณเป็นไปตามประกาศฯ ปี พ.ศ.2557 ข้อ 7(4)*

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 แผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่ผ่านการอนุมัติเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

7.2 สามารถจ่ายค่าตอบแทนในการประชุมให้แก่กรรมการได้

7.3 มีงบประมาณในการจ้างเหมาทำอาหารและอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม

7.4 การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินและการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

**8.1***หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง

- ไม่ต้องจัดเข้ากลุ่มตามประกาศฯ

8.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

8.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

8.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

8.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

8.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**8.2ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

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

8.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น[ข้อ7(2)]

8.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

8.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

8.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

**8.3กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

8.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

8.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

8.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

8.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

8.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

8.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

8.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

8.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**8.4กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

8.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

8.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

8.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

8.4.1.7 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

8.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

8.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

8.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

8.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

8.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

8.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.3.5 การส่งสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

8.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

8.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

8.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

8.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

8.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

8.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

8.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

8.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

8.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

8.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

8.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

8.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

8.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

8.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

8.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

8.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

8.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

8.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

8.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

8.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

8.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

8.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

8.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

8.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

8.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

(นางนูรียะฮ์ ไชยเทพ)

ตำแหน่งผู้ช่วยเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพอบต.ทุ่งบุหลัง

22 มกราคม 2560

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

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

**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน ..............................................บาท

เพราะ .........................................................................................................................................................

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

**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

เพราะ .........................................................................................................................................................

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

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................................  
.........................................................................................................................................................................................  
.........................................................................................................................................................................................

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)**ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ....................................................................

(นายชัยยา ฤทธิ์เดช)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ทุ่งบุหลัง

วันที่มีนาคม 2560

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ ..........................................................................................

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

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ................................................. บาท

งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎ไม่มี

🞎 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ........................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

วันที่.........................................................