**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ........................................................**

**เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานกลุ่มอาชีพ**

**เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ .............................................................................**

 **ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) ..*หน่วยบริการสาธารณสุข./อปท. กองสาธารณสุข* มีความประสงค์จะทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานกลุ่มอาชีพ ...................ในปีงบประมาณ ...................โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ......................................เป็นเงิน ........................... บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้**

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

**หลักการเหตุผล** *(ระบุความสำคัญของโครงการ ความจำเป็นที่ต้องดำเนินการตามโครงการนี้ โดยชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และสาเหตุของปัญหา หรืออาจจะระบุสิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความสำเร็จของโครงการ****)***

1. **วัตถุประสงค์**
	1. เพื่อสำรวจข้อมูลของกลุ่มแรงงานนอกระบบ
	2. เพื่อให้กลุ่มแรงงานนอกระบบมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานและสามารถนำไปปฏิบัติได้
	3. เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มแรงงานนอกระบบได้รับการตรวจประเมินและคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ
	4. เพื่อสนับสนุนให้เครือข่ายกลุ่มแรงงานนอกระบบได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการเฝ้าระวังลดความเสี่ยง

**ตัวชี้วัด**

* 1. มีข้อมูลจำนวนแรงงานนอกระบบในพื้นที่
	2. กลุ่มแรงงานนอกระบบที่ได้รับการสำรวจได้รับการอบรมและตรวจประเมินและคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ80
	3. กลุ่มแรงงานนอกระบบได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 80
1. **วิธีดำเนินงานการ**
	1. สำรวจข้อมูลจำนวนกลุ่มแรงงานนอกระบบ
	2. อบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานให้กับกลุ่มแรงงานนอกระบบ
	3. จัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ
		1. ตรวจประเมินและคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ
		2. วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำสภาวะสุขภาพของกลุ่มแรงงานนอกระบบ

 3.4 จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันของกลุ่มแรงงานนอกระบบ

 3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการพร้อมแบบรายงานการรับบริการ ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ.............................

1. **ระยะเวลาดำเนินงาน ................................................................**
2. **สถานที่ดำเนินการ ................................................................**
3. **งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ........................................ จำนวน .......................... บาท **ตามรายละเอียดดังนี้**

* 1. **ค่าประชุมอบรมให้ความรู้ 1 ครั้ง**

**- ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นเงิน ............. บาท**

**- ค่าวิทยากร เป็นเงิน ............. บาท**

* 1. **ค่าประชุมจัดเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อ**ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเสริมสุขภาพ **จำนวน xx ครั้ง**

**- ค่าอาหารกลางวันและอาหารว่าง ผู้เข้าร่วมประชุม เป็นเงิน ............. บาท**

**- ค่าวิทยากร เป็นเงิน ............. บาท5.3 ค่าบริการตรวจประเมินและคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพ เป็นเงิน ............. บาท**

 รวมทั้งสิ้น ................. บาท

 **หมายเหตุ : ค่าบริการตรวจประเมินฯ คำนวณจาก จำนวนคน x ค่าบริการ**

1. **ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
	1. หน่วยงานในพื้นที่มีข้อมูลจำนวนแรงงานนอกระบบ
	2. กลุ่มแรงงานนอกระบบได้รับการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมหน่วยบริการและกลุ่มแรงงานนอกระบบ
	3. กลุ่มแรงงานนอกระบบได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดการและแก้ไขปัญหาสุขภาพจากการทำงานของทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม
2. **สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

* 1. ***หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ7) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน** ........................................................................

☑ 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

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

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

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

☑ 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

🗹 9.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

* 1. ***กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก***

 🗹 9.4.1 กลุ่มวัยทำงาน

 🞎 9.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🞎 9.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🞎 9.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🞎 9.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🞎 9.4.1.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 🞎 9.4.1.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🞎 9.4.1.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🞎 9.4.1.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 🞎 9.4.1.9 อื่นๆ (ระบุ) ............................................................................................

 🗹 9.4.2 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 🞎 9.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🗹 9.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🞎 9.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🞎 9.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🞎 9.4.2.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🞎 7.4.2.6 อื่นๆ (ระบุ) ............................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ | ....................................................................... |
|  | (..................................................................) |
| ตำแหน่ง | ....................................................................... |
| วันที่-เดือน-พ.ศ. | ....................................................................... |

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

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานกลุ่มอาชีพ**

1. **ผลการดำเนินงาน**

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

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

1. **ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**
	1. การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ..................................................................................................

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

* 1. จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน
1. **การเบิกจ่ายงบประมาณ**

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

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

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

1. **ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลงชื่อ | ……………………………………………………………(.................................................................) | ผู้รายงาน |
| ตำแหน่ง | …………………………………………………………… |  |
| วันที่-เดือน-พ.ศ. | …………………………………………………………… |  |