**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพสตรีมีครรภ์

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง มีความประสงค์จะจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพสตรีมีครรภ์ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง เป็นเงิน 11,432 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. หลักการและเหตุผล**

การอนามัยแม่และเด็กเป็นรากฐานของการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะแม่ซึ่งเป็นผู้ให้กำเนิดแก่ลูก การที่จะให้เด็กเกิดมามีชีวิตรอดปลอดภัยมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง คือสมบูรณ์ที่ร่างกายและจิตใจ มีสติปัญญาที่เฉลียวฉลาด เป็นพลเมืองดีและเยาวชนที่ดีของชาติย่อมขึ้นอยู่กับแม่ที่จะต้องวาง รากฐานให้เด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์และเป็นแม่ที่ดีมีคุณภาพ แม่ จึงเป็นคนที่สำคัญที่สุด เป็นคนที่จะดูแลเพื่อให้ลูกเจริญ เติบโตแข็งแรง น่ารัก ฉลาด เป็นคนดี ซึ่งจะต้องส่งเสริมพัฒนาการลูก ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ถึงอายุ ๒ ขวบ เพราะเป็นช่วงที่มีความสำคัญสำหรับลูกน้อยในการที่แม่จะส่งเสริมพัฒนาการของลูก ปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก คือเด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อย คือ เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ซึ่งเด็กเหล่านี้มีโอกาส ติดเชื้อได้ง่าย ส่งผลให้มีพัฒนาการล่าช้าและมีปัญหาด้านภาวะโภชนาการ

  องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลังร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบุหลัง จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีมีครรภ์ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ทารกแรกคลอด มีน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งจะทำให้ทารกทุกคนมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการดีเหมาะสมตามวัย เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๑. เพื่อส่งเสริมให้แม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและบุตรตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

๒. เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่ 0 - 6 ปี

๓. เพื่อพัฒนาบทบาทในการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชุมชน โดย อสม.

**3. วิธีดำเนินการ**

๑. ขั้นเตรียมการ

๒. ประชุมเพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน

- ปรึกษาหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

- เขียนโครงการเพื่อเสนออนุมัติ

๓. ขั้นดำเนินการ

- ประสานกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง

- ประชาสัมพันธ์โครงการ

- ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่สตรีมีครรภ์และทบทวนความรู้แก่อสม. รวมจำนวน 4๐ คน เป็นเวลา 2 วัน

๔. อสม. ติดตามเยี่ยมเยียนและให้ความรู้แก่แม่หลังคลอดในการดูแลตนเอง การให้นมบุตรและการดูแลบุตรในเขตรับผิดชอบของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากอบต. และรพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง

๕. สรุป ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการ

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

วันที่ 10 พฤษภาคม ๒๕60

**5. สถานที่ดำเนินการ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลทุ่งบุหลัง

**6. งบประมาณ**

งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพอบต.ทุ่งบุหลัง ปีงบประมาณ ๒๕60 เป็นจำนวนเงิน 11,432 บาท

รายละเอียดค่าใช้จ่ายดังนี้

1. ค่าป้ายโครงการ ขนาด ๑.๒ x ๒.๔ เมตร จำนวน ๑ ป้าย เป็นเงิน ๔๓๒ บาท
2. ค่าอาหารกลางวันพร้อมเครื่องดื่ม 2 มื้อๆ ละ 50 บาท จำนวน 40 คน เป็นเงิน 4,000 บาท
3. ค่าอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม 4 มื้อๆ ละ 25 บาท จำนวน 4๐ คน เป็นเงิน 4,0๐๐ บาท
4. ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 5 ชั่วโมงๆ ละ 6๐๐ บาท เป็นเงิน 3,0๐๐ บาท

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 11,432 บาท**

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยได้ตามความเหมาะสม

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๑. สตรีมีครรภ์ได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและบุตรตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด

๒. สตรีหลังคลอดเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ร้อยเปอร์เซ็นต์

๓. อสม.มีกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพและสามารถดูแลหญิงมีครรภ์และหลังคลอดที่ตนรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

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

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

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

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

8.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(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)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (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

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

8.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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 ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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 ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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 ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

8.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

8.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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 ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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

7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) ..............................................................................................................

7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) ..............................................................................................................

ลงชื่อ ............................................................... ผู้เสนอโครงการ

(นางนูรียะฮ์ ไชยเทพ)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งบุหลัง ครั้งที่ ........... / 2560 เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 11,432 บาท

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

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

**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

(นายชัยยา ฤทธิ์เดช)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (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.........................................................