**แบบเสนอแผนงานโครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งนุ้ย**

เรื่อง ขอเสนอโครงการควบคุมป้องกันและค้นหาผู้ป่วยวัณโรค รพ.สต.บ้านควนบ่อทอง ปี 2560

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งนุ้ย

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนบ่อทอง ตำบลทุ่งนุ้ย อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล มีความประสงค์จะจัดทำโครงการควบคุมป้องกันและค้นหาผู้ป่วยวัณโรค รพ.สต.บ้านควนบ่อทอง ปี 2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งนุ้ย เป็นเงิน 20,950 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. หลักการและเหตุผล**

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมาเป็นเวลานาน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียหายทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวง อุบัติการณ์ของวัณโรคเคยลดลงอย่างช้า ๆ ในอดีต แต่ในระยะหลังนี้กลับเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และการดื้อยา ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงให้วามสำคัญแก่แผนงานวัณโรคแห่งชาติ ในอันที่จะพัฒนายุทธศาสตร์ที่สำคัญในการควบคุมวัณโรค โดยการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในระยะแรกได้เน้นไปที่การตรวจรักษาและการป้องกันโรค จากการทบทวนแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยคณะผู้เชี่ยวชาญวัณโรคจากองค์การอนามัยโลก มีข้อเสนอแนะที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอัตราการรักษาหายและกินยาครบหรือที่เรียกว่าอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Treatment success rate) มากกว่าร้อยละ 90 แนวทางการรักษาที่เป็นที่ยอมรับทั่วโลก คือ การรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยมีพี่เลี้ยงคอยกำกับการกินยา ต่อหน้าทุกวัน ที่เรียกว่า DOTS ( Directly Observed Treatment System) ซึ่งองค์การอนามัยโลก(WHO)ได้ให้เสนอแนะให้ทุกประเทศทั่วโลก ใช้แนวทางการรักษาเพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จ ในการรักษาวัณโรคโดยพี่เลี้ยงหมายถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หรือบุคคลในครอบครัว เพื่อคอยดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้กินยาทุกวัน ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยาจนกระทั่งหายขาด ไม่เกิดปัญหาดื้อยาวัณโรคและการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนต่อไป  
 เพื่อให้มีประสิทธิภาพรวมทั้งการสร้างความตระหนักในระดับชุมชนและร่วมกันส่งเสริมป้องกันปัญหาของวัณโรคให้ลดน้อยลงต่อไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนบ่อทอง จึงได้เร่งรัดดำเนินการโครงการป้องกันและควบคุมวัณโรค โดยการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และวิธี DOTS ในระดับชุมชน ต่อไป

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง

3. เพื่อสร้างความตระหนักของชุมชนในการควบคุมป้องกันโรควัณโรค อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

**เป้าหมาย**

อสม. และ แกนนำชุมชน จำนวน 110 คน

**3. วิธีดำเนินการ**

1. จัดทำโครงการเสนอประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลทุ่งนุ้ย เพื่อพิจารณาเห็นชอบ และอนุมัติให้ดำเนินการ

2. จัดทำหลักสูตรการอบรม

3. ประสานวิทยากรและกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการอบรม

1. รูปแบบการอบรมใช้วิธีบรรยาย

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

พฤษภาคม 2560 – ธันวาคม 2560

**5. สถานที่ดำเนินการ**

หมู่ที่ **1**,3,7,10 และ12 ตำบลทุ่งนุ้ย

**6. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งนุ้ย จำนวน 20,950 บาท รายละเอียด ดังนี้

1.ค่าอาหารกลางวัน จำนวน 110 คนๆละ 50 บาทจำนวน 1 มื้อ เป็นเงิน 5,500 บาท

2.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน 110 คนๆละ 25 บาท จำนวน 2 มื้อ เป็นเงิน 5,500 บาท

3.ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 6 ชั่วโมงๆละ 300 บาท เป็นเงิน 1,800 บาท

4.ค่าปากกา จำนวน 110 ด้ามๆละ 10 บาท เป็นเงิน 1,100 บาท

5.ค่าสมุดจดบันทึก จำนวน 110 เล่มๆละ 10 บาท เป็นเงิน 1,100 บาท

6.ค่าแฟ้มเอกสาร จำนวน 110 แฟ้มๆละ 20 บาท เป็นเงิน 2,200 บาท

7.ค่าคู่มือ จำนวน 110 เล่มๆละ 30 บาท เป็นเงิน 3,300 บาท

8.ค่าป้ายไวนิล ขนาด 1X3 เมตรๆละ 150 บาท เป็นเงิน 450 บาท

รวมเงินทั้งสิ้น 20,950 บาท (เงินสองหมื่นเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

หมายเหตุ (ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ระบบคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนได้รับการพัฒนาและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3. ชุมชนมีความตระหนักในการควบคุมป้องกันวัณโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

**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

8.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

**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 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

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 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/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/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 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

8.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

8.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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 ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

8.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

8.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

8.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

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

8.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

8.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

(นางสุภาภรณ์ พรหมแก้ว)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนบ่อทอง

วันที่ 16 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวไม่ซ้ำซ้อนกับงบประมาณอื่นๆที่ได้รับการจัดสรรในปีงบประมาณ 2560

ลงชื่อ ............................................................... ผู้รับรอง/โครงการ/กิจกรรม

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

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

วัน – เดือน - พ.ศ. ....................................

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

(นายมนัส มรรคาเขต)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งนุ้ย

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

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

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

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

🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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