**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวังขนาย**

**เรื่อง** ขอเสนอ โครงการออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพด้วยการเต้นแอโรบิค หมู่บ้านเอื้ออาทร

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลวังขนาย

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) กรรมการนิติบุคคลชุมชนเอื้ออาทร มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม โครงการออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพด้วยการเต้นแอโรบิค หมู่บ้านเอื้ออาทร   
ในปีงบประมาณ 2561 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวังขนาย   
เป็นเงิน ........28,800...... บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. หลักการและเหตุผล**

ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในด้านต่างๆ ที่มีความทันสมัยสะดวกสบายมากขึ้นทำให้วิถีชีวิตของคนในปัจจุบันเปลี่ยนไป ประชาชนมีการออกกำลังกายน้อยลงทำให้ร่างกายอ่อนแอและปัจจุบันนี้ปัญหาโรคเรื้อรังได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคที่เป็นปัญหาในชุมชน ๕ อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โดยระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง และไขมันอุดตันในเส้นเลือด ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานและกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยขาดการออกกำลังกายและบริโภคอาหารไม่ถูกต้องก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งถ้าประชาชนได้บริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะและมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอก็จะสามารถลดปัญหาดังกล่าวลงได้ ประกอบกับตามนโยบายของหมู่บ้านเอื้ออาทรที่มีความมุ่งมั่นที่จะส่งเสริมสนับสนุนและดำเนินการในด้านสุขภาพให้กับประชาชนในหมู่บ้าน ให้มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจที่ดี ให้มีความเป็นอยู่อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์และสติปัญญา โดยต้องการให้ประชาชนสามารถดูแลและสร้างภูมิคุ้มกันให้กับสุขภาพตนเองได้ด้วยการออกกำลังกาย เพื่อให้มีสุขภาพพลานามัยที่ดี ซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันโรคได้เป็นอย่างดีอีกทั้งยังสามารถใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และยังเป็นการป้องกันยาเสพติดไม่ให้เข้ามาในเขตพื้นที่ชุมชนได้อีกทางหนึ่งด้วย

กรรมการนิติบุคคลชุมชนเอื้ออาทรจึงจัดทำ “โครงการออกกำลังกายส่งเสริมสุขภาพด้วยการเต้นแอโรบิค หมู่บ้านเอื้ออาทร”ขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักและตื่นตัว เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และยังช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง ผ่อนคลายอารมณ์ เสริมสร้างความสามัคคี และที่สำคัญการออกกำลังกายยังลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ด้วย

**2. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี

2. เพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

3. เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

**3. วิธีดำเนินการ**

1. เขียนโครงการเพื่อขออนุมัติงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวังขนาย

2. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนและผู้ที่สนใจในพื้นที่ทราบ

3. จัดจ้างครูผู้นำออกกำลังกายเต้นแอโรบิค

4. ดำเนินการตามโครงการ 3 วัน/สัปดาห์

5. ประเมินภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมก่อนการร่วมกิจกรรม

6. ติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามโครงการตามระยะเวลาที่กำหนดทุก ๓ เดือน

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

กุมภาพันธ์ ๒๕61 – กันยายน ๒๕๖1

**5. สถานที่ดำเนินการ**

ลานสนามกีฬาในหมู่บ้านเอื้ออาทร

**6. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวังขนาย จำนวน 28,800 บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่าวิทยากรครูผู้นำเต้นแอโรบิค จำนวน 1 คน เป็นเงิน 28,800 บาท

( วันละ 1 ชม.ๆ ละ 300 บาท, สัปดาห์ละ 3 วัน = 300 x 3 = 900, เดือนละ 900 x 4 (สัปดาห์) = 3,600, 3,600 x 8 เดือน = 28,800 บาท )

( เดือนกุมภาพันธ์ – กันยายน 2561 )

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 28,800 บาท**

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ประชาชนมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี

2. ประชาชนมีความรู้ และสามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกวิธี

2. สามารถลดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

3. สามารถกระตุ้นให้ประชาชนมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

**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 .............กรรมการนิติบุคคลชุมชนเอื้ออาทร.............................................

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/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

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

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) .......ส่งเสริมการออกกำลังกาย.......

8.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

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

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

( นางรุ่งอรุณ เสมาเงิน )

ตำแหน่ง ผู้จัดการนิติบุคคล

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลวังขนาย  
ครั้งที่ ....1...... / 2561…… เมื่อวันที่ .....10 มกราคม 2561...... ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน .......28,800...... บาท

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

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

**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

( นายสมพร บัวศิริ )

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ

เทศบาลตำบลวังขนาย

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

( นางรุ่งอรุณ เสมาเงิน )

ตำแหน่ง ผู้จัดการนิติบุคคล

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