**โครงการคัดกรองและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประจำปี ๒๕๖๔**

**ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน ตำบล พิมาน อำเภอ เมือง จังหวัด สตูล**

**หลักการและเหตุผล**

ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คาดว่าในปี ๒๕๖๓ จะมีประชากรที่มี อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีอยู่ราว ๑ ใน ๖ ของประชากรทั้งหมด กล่าวตามนิยามของสหประชาชาติ คือเมื่อประเทศใดมี ประชากร อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เกินร้อยละ ๑๐ หรือ ประชากรอายุ ๖๕ ขึ้นไป เกินร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ทำให้อัตราส่วนภาระพึ่งพิง หรือภาระโดยรวมที่ ประชากรวัยทำงานจะต้องเลี้ยงดูประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยที่ยังมิได้คำนึงถึงเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูซึ่งสูงขึ้นตามอายุ ซึ่งขณะที่อัตราส่วนภาระพึ่งพิงของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น อาจจะ นำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงปัญหาในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยบั้น ปลายของชีวิต เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน เพราะมีภาวะด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง มีความเสื่อมของร่างกาย อวัยวะต่างๆทั่วไปเริ่มอ่อนแอและเกิดโรคง่าย ปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้บ่อยๆในผู้สูงอายุได้แก่ เกิดภาวะ กระดูกหักง่าย สายตาไม่ดี หูตึง ฟันไม่ดี เป็นลมบ่อย เรอบ่อย ท้องผูก เบาหวาน หลงลืมบ่อย หัวใจและหลอด เลือด และปัญหาทางอารมณ์ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่พึ่งพาตนเองได้น้อยลง มีภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยลง มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย ภูมิต้านทานโรคน้อยลง รวมถึงมีการ เปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม สาเหตุเนื่องจากผู้สูงอายุและครอบครัวให้ความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพน้อยลง เช่น เรื่องการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย การไม่ได้อยู่ร่วมกันในครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆขึ้นได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน มีจำนวนผู้สูงอายุ ๓ ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ จำนวน ๑,๒๙๔ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑,๓๘๕ คน และปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑,๔๗๘ คน ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นทุกปี และผู้สูงอายุแต่ละคนก็จะมีปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ทั้งปวดเข่า สมองเสื่อม มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุบางรายติดเตียง เป็นต้น ทางศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน ได้ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จึงจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมต่อไป

**๑. วัตถุประสงค์**

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ และสามารถดูแลตนเอง

๒. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้การเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง

**๒. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

ผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลพิมาน จำนวน ๑๐ ชุมชน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

๑. ประชุมชี้แจงโครงการแก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,อสม.,และแกนนำผู้สูงอายุในตำบลพิมาน ๑๐

ชุมชน

๒. เขียนโครงการ/เสนอโครงการ/ขออนุมัติโครงการ

๓. ติดต่อประสานงานผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้ที่เกี่ยวข้องและกลุ่มเป้าหมาย

๔. ดำเนินงานตามโครงการ

๔.๑ อบรม อสม.ทุกคน เพื่อเรียนรู้วิธีการคัดกรอง และร่วมในการคัดกรองผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

๔.๒ จัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพและภาวะ Geraitric syndromพร้อมทั้งให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์แก่ผู้สูงอายุ ในเรื่อง

- ตรวจสุขภาพเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI/วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน

- คัดกรอง CVD risk  
- ตรวจฟันผู้สูงอายุ  
- คัดกรองภาวะสมองเสื่อม

- ตรวจตา  
- ประเมินข้อเข่า  
- ประเมินการหกล้ม  
- ประเมิน ADL  
- ประเมินซึมเศร้า  
4.2 อบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มที่พบความผิดปกติ เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแล

สุขภาพของตนเองและการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสมอง ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ปัญหาเข่าเสื่อม

๕. สรุปผลการตรวจคัดกรองในผู้สูงอายุ และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเพื่อการรักษาต่อไป

๖. ประเมินผล / สรุปผลการดำเนินงาน

1. **ระยะเวลาดำเนินการ**

วันที่ ๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ - วันที่ ๓๐ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

1. **งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลเมืองสตูล จำนวน ๑๐๖,๘00.- บาท (หนึ่งแสนหกพันแปดร้อยบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการแก่อสม.ทุกคน ในการคัดกรองผู้สูงอายุ

- ค่าตอบแทนวิทยากร ชั่วโมงละ 300 บาท x ๓ คน x ๒ ชม.x 2 วัน เป็นเงิน 3,600.-บาท

- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๖๕ คน x 70 บาท x 2 วัน เป็นเงิน ๙,๑00.-บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๖5 คน x 25 บาท x 2 มื้อ x 2 วัน เป็นเงิน ๖,๕00.-บาท

**รวมเป็นเงิน 1๙,๒00.-บาท**

กิจกรรมที่ 2 การคัดกรองผู้สูงอายุแต่ละชุมชน

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑,๒๐๐ คน x 25 บาท เป็นเงิน๓๐,๐00.-บาท

รวม**เป็นเงิน ๓๐,๐00.-บาท**

กิจกรรมที่ ๓ การอบรมเชิงปฎิบัติการให้แก่ผู้สูงอายุที่พบอาการผิดปกติด้านต่างๆ

- ค่าตอบแทนวิทยากร ชั่วโมงละ 300 บาท x ๓ คน x ๒ ชม.x 2 วัน เป็นเงิน 3,600.-บาท

- ค่าอาหารกลางวัน จำนวน ๕๐ คน x 70 บาท x 2 วัน เป็นเงิน ๗,๐00.-บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๕๐ คน x 25 บาท x 2 มื้อ x 2 วัน เป็นเงิน ๕,๐00.-บาท

- สมุดคู่มือผู้สูงอายุ เล่มละ ๖๐ บาทจำนวน ๗๐๐ เล่ม เป็นเงิน๔๒,๐๐๐.-บาท

รวม**เป็นเงิน ๕๗,๖00.-บาท**

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๐๖,๘00.- บาท (หนึ่งแสนหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)**

**หมายเหตุ** ทุกกิจกรรม และค่าใช่จ่ายทุกรายการสามารถเปลี่ยนแปลง และถัวเฉลี่ยจ่ายกันได้

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- ศูนย์สุขภาพชุมชนพิมาน โรงพยาบาลสตูล

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1.ผู้สูงอายุมีความรู้ เจตคติ ทักษะและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

2.ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่ป่วยด้วยโรคหรือได้รับอุบัติเหตุที่เกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง

3.ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว   
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชนที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม* (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10

**8.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน  
สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ  
องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ   
(เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

🖵4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดจำนวนคน

🖵2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนคน

🖵3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนจำนวนคน

🖵4. กลุ่มวัยทำงานจำนวนคน

🖵5. กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนคน

🖵6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนคน

🖵7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพจำนวนคน

🖵8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยงจำนวนคน

🖵9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ)จำนวนคน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

🖵6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

🖵8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

🖵6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

🖵1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

🖵2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

🖵3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

🖵4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

🖵5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....................................................................................................

🖵**8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

🖵1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อผู้เสนอ โครงการ/กิจกรรม

(นางสาวยานีลา สกุลา) (นางสาวจุไรรัตน์ ลีวานิชย์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

(นางสาวพัฒนาวดี หลีนิ่ง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................  
ครั้งที่/ 25เมื่อวันที่ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵**งบประมาณที่เสนอ** จำนวนบาท

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

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

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

🖵**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

( )

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

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎ไม่มี

🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ได้รับคำแนะนำอย่างสั้น | | | | ติดตาม | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการปรับเปลี่ยน 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | เสี่ยงDM | HT | | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน | | | | | น้ำหนัก | | ความดันโลหิตSBP | | ความดันโลหิต DBP | |
| เสี่ยง | ป่วย | อา  หาร | ออกกำลัง | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ลด(กก.) | เพิ่ม (กก.) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**โครงการปรับพฤติกรรม3 อ. 2 ส. ต้านโรคเอ็นซีดี**

**(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ด้วยโปรแกรม DPP(Diabetes Prevention Program)**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิตในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง 3) น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญเช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยในพื้นที่ อปท....... มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน.......คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคและกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน.......คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่รพ./รพ.สต.......จึงจัดทำโครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ต้านโรคเอ็นซีดี*ด้วยโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวาน (Diabetes Prevention Program: DPP)*ในชุมชนขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3 อ. 2 ส.

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน(/ความดันโลหิตสูง)ในพื้นที่............จำนวน ............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1สื่อสารรายละเอียดโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน(/ความดันโลหิตสูง)ในเขตพื้นที่ และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

* 1. จัดโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชน ซึ่งเป็นชุดของกิจกรรมที่ออกแบบให้เข้าร่วมโครงการได้เข้าใจความเสี่ยงของตนเองและการดำเนินของโรคเบาหวาน (/ความดันโลหิตสูง) เรียนรู้เทคนิค/วิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3 อ. 2 ส. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน(/ความดันโลหิตสูง) และสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรม ดังนี้
     1. ครั้งแรกให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าค่ายเรียนรู้ 3 วัน

3.2.2 จากนั้นจัดกิจกรรมเรียนรู้ เดือนละครั้ง ครั้งละ ½ วัน เป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน

* 1. ติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ปรับการกิน การอยู่ด้วย 3 อ. 2 ส. และวัดน้ำหนักความดันฯ อย่างต่อเนื่อง
  2. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ……..
  3. *ผู้ดำเนินงานควรผ่านการฝึกอบรมการดำเนินโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในชุมชนและสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ .....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)

- องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

กลุ่มเสี่ยงสามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. และ น.ค.ร.

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว   
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชนที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม* (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน  
สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ  
องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ   
(เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

🖵4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดจำนวนคน

🖵2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนคน

🖵3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนจำนวนคน

🖵4. กลุ่มวัยทำงานจำนวนคน

🖵5. กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนคน

🖵6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนคน

🖵7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพจำนวนคน

🖵8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยงจำนวนคน

🖵9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ)จำนวนคน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

🖵6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

🖵8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

🖵6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

🖵1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

🖵2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

🖵3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

🖵4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

🖵5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....................................................................................................

🖵**8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

🖵1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ค่าย | จัดกิจกรรม | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการปรับเปลี่ยน 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | เสี่ยงDM | HT | | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน | | | | | น้ำหนัก | | ความดันโลหิตSBP | | ความดันโลหิต DBP | |
| เสี่ยง | ป่วย | อา  หาร | ออกกำลัง | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ลด(กก.) | เพิ่ม (กก.) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

()

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

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................  
ครั้งที่/ 25เมื่อวันที่ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵**งบประมาณที่เสนอ** จำนวนบาท

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

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

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

🖵**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

()

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

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎ไม่มี

🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

()

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

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

**โครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ต้านโรคเอ็นซีดีด้วย MI(Motivational Interviewing)**

**(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา)**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิตในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง 3) น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญเช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยในพื้นที่ อปท.......... มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน..........คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคและกลุ่มสงสัยป่วย จำนวน........คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่รพ./รพ.สต.........จึงจัดทำโครงการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส ต้านโรคเอ็นซีดี*ด้วยวิธี Motivational Interviewing*: *MI*ในชุมชนขึ้น

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3 อ. 2 ส.

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ และกลุ่มสงสัยป่วย ในพื้นที่........... จำนวน ............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

3.1สื่อสารรายละเอียดโครงการให้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวาน /ความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการโดยมีการยืนยันเจตจำนงหรือข้อตกลงในการเข้าร่วมโครงการ

* 1. ให้คำปรึกษา/สนทนาสร้างแรงจูงใจ วิธี Motivational Interviewing ด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น

แก่กลุ่มเป้าหมายตามปัญหาปัจจัยเสี่ยงของแต่ละคน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการ 3 อ 2 ส โดย

* + 1. ให้คำแนะนำแบบสั้น 1 ครั้งต่อเดือน เวลา 5-10 นาทีต่อครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน รวมอย่างน้อย 4 ครั้ง
    2. ติดตามผลตามกำหนดนัด 2 ครั้ง ทุก 3 เดือน รวมเป็นระยะเวลาประมาณ 10 เดือน
  1. โดยออกไปบริการเชิงรุกในชุมชนหรือที่บ้านตามที่นัดหมายและกลุ่มเป้าหมายสะดวก หรือให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ บางกรณีที่จำเป็นอาจนัดมารับบริการที่หน่วยบริการ
  2. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..........

*ผู้ดำเนินงาน ควรผ่านการฝึกอบรมสนทนาด้วยวิธี Motivational Interviewingและสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจาก “รูปแบบบริการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus” สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............. จำนวนทั้งสิ้น.......................บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ .....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- หน่วยบริการ สถานบริการ ตามข้อ 10(1)

- องค์กร กลุ่มประชาชน หน่วยงานอื่น ตามข้อ 10(2)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

กลุ่มเสี่ยงกลุ่มสงสัยป่วยที่สามารถปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส.

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว   
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชนที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม* (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน  
สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ  
องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ   
(เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

🖵4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดจำนวนคน

🖵2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนคน

🖵3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนจำนวนคน

🖵4. กลุ่มวัยทำงานจำนวนคน

🖵5. กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนคน

🖵6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนคน

🖵7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพจำนวนคน

🖵8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยงจำนวนคน

🖵9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ)จำนวนคน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

🖵6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

🖵8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

🖵6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

🖵1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

🖵2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

🖵3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

🖵4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

🖵5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....................................................................................................

🖵**8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

🖵1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ได้รับคำแนะนำอย่างสั้น | | | | ติดตาม | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผลการปรับเปลี่ยน 3 อ. 2 ส. น.ค.ร.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | เสี่ยงDM | HT | | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยน | | | | | น้ำหนัก | | ความดันโลหิตSBP | | ความดันโลหิต DBP | |
| เสี่ยง | ป่วย | อา  หาร | ออกกำลัง | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ลด(กก.) | เพิ่ม (กก.) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) | ลด (มม.ปรอท) | เพิ่ม(มม.ปรอท) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

()

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

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................  
ครั้งที่/ 25เมื่อวันที่ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵**งบประมาณที่เสนอ** จำนวนบาท

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

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

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

🖵**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

()

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

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎ไม่มี

🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

()

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

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

**โครงการออกกำลัง/กิจกรรมทางกาย ต้านโรคเอ็นซีดี**

**กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล............................**

**อำเภอ.......................จังหวัด................................**

**หลักการและเหตุผล**

กลุ่มโรค NCDs เป็นโรคอันดับหนึ่งที่ทำให้คนไทยป่วย พิการ และเสียชีวิตในปี 2556 พบว่าคนไทยที่เสียชีวิตร้อยละ 71 มีสาเหตุจากโรคเอ็นซีดีสำคัญ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2) โรคเบาหวาน 3) โรคมะเร็ง 4) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคเอ็นซีดีจะมีกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกเกิดขึ้น คือ ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกิน/อ้วน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญเช่น การบริโภคยาสูบ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การส่งเสริมมาตรการ 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เลิกยาสูบ เลิกสุรา) ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCDs รวมถึงประชาชนวัยทำงาน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ ทั้งนี้ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยพื้นที่ อปท............. มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน..........คน มีกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรค จำนวน.............คน เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่สำนัก/กอง........เทศบาล/อบต..........จึงจัดทำโครงการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายต้านโรคเอ็นซีดีในชุมชน โดยจัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายและปรับพฤติกรรมมาดำเนินการ

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3 อ. 2 ส.

**2. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย**

ประชาชนวัยทำงานและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯในพื้นที่ .......... จำนวน ............คน

**3. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม**

* 1. สื่อสารกิจกรรมโครงการในพื้นที่ เพื่อรับสมัครประชาชนวัยทำงานและกลุ่มเสี่ยงที่สนใจเข้าร่วมโครงการ และจำนวนผู้สนใจ พร้อมจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สมัครเข้าร่วมโครงการพร้อมที่อยู่ และโทรศัพท์
  2. สำนัก/กอง........จ้างบุคลากรด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือบุคลากรสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย จำนวน .........คน เพื่อลงพื้นที่ให้บริการฝึกทักษะออกกำลัง/กิจกรรมทางกาย และคำแนะนำ 3 อ2 ส แก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน/ย่าน
  3. สำนัก/กอง......แจ้งชุมชน/ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้รับทราบถึงผู้รับจ้างที่จะให้บริการในชุมชนแต่ละแห่ง
  4. ผู้รับจ้าง 1 คนรับผิดชอบการให้บริการ 5 ชุมชน ชุมชนละ 1 วัน (4 ชั่วโมง) ต่อสัปดาห์ในช่วงเวลาเย็นที่ประชาชนสะดวก รวม 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12เดือน(หรือ 3-6 เดือน) แต่ละชุมชนมีผู้เข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 20 คน (แนะนำให้ผู้เข้าร่วมที่มี smart phone ติดตั้ง application: google fit/step count หรือจัดหาเครื่องนับก้าว/smart watch เพื่อติดตามประเมินการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายของตนเอง)
  5. ผู้รับจ้างจัดทำรายงานตามแบบที่กำหนด ส่งให้สำนัก/กอง......ทุกสัปดาห์และสรุปผลเมื่อครบ 12 เดือน
  6. สำนัก/กอง.........สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการพร้อมแบบรายงานหรือบัญชีรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการ มีการออกกำลัง/กิจกรรมทางกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมาตรการ 3 อ 2 ส (ตามภาคผนวก) ส่งให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ..................................

*ผู้รับจ้าง ควรมีคุณวุฒิจบด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือพลศึกษา และมีประสบการณ์ด้านการปรับพฤติกรรม/งานชุมชน คุณวุฒิด้านสาธารณสุข ควรมีประสบการณ์ทำงานชุมชน/การปรับพฤติกรรมและการมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย)*

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ...............................จำนวนทั้งสิ้น ................................. บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังนี้ .....(ให้ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระเบียบที่หน่วยงานถือปฏิบัติ).........

**6. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ**

- สำนัก/กอง.........ของ อปท.ตามข้อ10(1)

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

จำนวนประชาชนวัยทำงานที่เข้าร่วม และร้อยละของประชาชนฯดังกล่าวที่สามารถออกกำลังกายปานกลางได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ วัดจากการนับก้าว (เช่น เดิน>7,500 ก้าวต่อวันโดยเฉลี่ย) หรือ วัดจากจำนวนเวลาที่ออกกำลังกายแอโรบิคหรือคาร์ดิโอ (เช่น จาก App: Google fit ในโทรศัพท์มือถือ คะแนนคาร์ดิโอมากกว่า 150 หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์)

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว   
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชนที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม* (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*.........................................................................................**

🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน  
สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคของ  
องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ   
(เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

🖵4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดจำนวนคน

🖵2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนคน

🖵3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนจำนวนคน

🖵4. กลุ่มวัยทำงานจำนวนคน

🖵5. กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนคน

🖵6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนคน

🖵7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพจำนวนคน

🖵8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยงจำนวนคน

🖵9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ)จำนวนคน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

🖵6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ในการทำงาน

🖵6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

🖵7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

🖵8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

🖵9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

🖵1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

🖵6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

🖵1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

🖵2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

🖵3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

🖵4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

🖵5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) .....................................................................................................

🖵**8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

🖵1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

**ภาคผนวก –ตัวอย่างสิ่งส่งมอบ**

แบบรายงานผู้ที่เข้าร่วมโครงการ*(ผู้นำออกกำลังกายเป็นผู้รายงาน)*

ชุมชน.........................................................ประจำวันที่...............เดือน..............................พ.ศ.................

ผู้รายงาน....................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | ที่อยู่ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

แบบสรุปผลการดำเนินงาน*(ผู้นำออกกำลังกายเป็นผู้รายงาน)*

ชุมชน.........................................................สรุปวันที่...............เดือน..............................พ.ศ................

ผู้สรุป.......................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ | | | | | |
| อาหาร | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ออกกำลัง | |
| เดิน | ออกกำลังแอโรบิก |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

แบบรายงานผู้เข้าร่วมโครงการและผลการดำเนินงานส่งกองทุนฯท้องถิ่น*(ผู้ว่าจ้างรายงาน)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำ ดับ | เลขบัตรประชาชน | ชื่อ สกุล | เพศ | อายุ (ปี) | พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ | | | | | |
| อาหาร | อารมณ์ | เลิกบุหรี่ | เลิกสุรา | ออกกำลัง | |
| เดิน | ออกกำลังแอโรบิก |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อผู้เสนอโครงการ/กิจกรรม

()

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

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ................................................................  
ครั้งที่/ 25เมื่อวันที่ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵**งบประมาณที่เสนอ** จำนวนบาท

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

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

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

🖵**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

()

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

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมคน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎ไม่มี

🞎 มีปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

()

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

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