**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปาก**ล่อ

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ“อาสาสมัครร่วมใจ ดูแลผู้ป่วยในชุมชน”

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อ

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนนางซูมัยด๊ะ ยูโซ๊ะ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่8มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ“อาสาสมัครร่วมใจ ดูแลผู้ป่วยในชุมชน”ในปีงบประมาณ2562โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อเป็นเงินรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 56,700 บาท

 (ห้าหมื่นหกพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

 **หลักการและเหตุผล**

 จากการสำรวจพบว่าประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากล่อ มีปัญหาด้านสุขภาพและมีวิธีดูแลสุขภาพตนเองและของครอบครัวไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูงหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งมีการดูแลที่ไม่ถูกต้องส่งผลให้เกิดอันตรายหรือทำให้เกิดความพิการมากขึ้นข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง 275 ราย เบาหวาน 71 ราย ผู้พิการทีมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว 40 รายรวมทั้งหมด 386 รายผู้ป่วยที่สามารถเข้าร่วมโครงการจำนวน 100ราย

 ดังนั้นอาสาสมัครได้เล็งเห็นความสำคัญดั่งกล่าวและตระหนักถึงสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีสุขภาพชีวิตที่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบจำเป็นต้องใช้เครือข่ายอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย จึ่งได้จัดทำโครงการนี้เพื่อเป็นเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อไป

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. เพื่อให้อาสาสมัครหรือผู้ดูแลได้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

 3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง

 4. เพื่อสร้างเครือข่ายอาสาสมัครเยี่ยมบ้านในชุมชน

**2. วิธีดำเนินการ**

 1. ประชุมชี้แจงโครงการและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานแก่คณะทำงานและผู้เกี่ยวข้องทราบ

 2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่อาสาสมัครเยี่ยมบ้านให้มีความรู้ที่ถูกต้อง

 3. จัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยเช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด

 4. จัดทำเครื่องมือเอกสารการดูแลผู้ป่วย

 5. ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 9 หมู่บ้าน เดือนละ 1 ครั้งรวมทั้งหมด 7 เดือน

 6. สรุปผลการดำเนินงาน

**3. กลุ่มเป้าหมาย**

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด 67 คน

 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จำนวน 100 ราย

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

18 เดือนมีนาคม ถึงวันที่ 6 เดือนกันยายน พ.ศ.2562

**5. สถานที่ดำเนินการ**

 ชุมชนตำบลปากล่อทั้ง 9 หมู่บ้าน

**6. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลปากล่อจำนวนเงิน56,700 บาท (ห้าหมื่นหกพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

วัตถุประสงค์

 1. เพื่อให้อาสาสมัครหรือผู้ดูแลได้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมที่ 1. อบรบอาสาสมัคร(18มี.ค 2562 เวลา 08.30 น-16.30น.)

รายละเอียดกิจกรรม

 1. ค่าอาหารว่าง อาหารกลางวันและเครื่องดื่ม จำนวน 67 คน คนละๆ 100 บาท จำนวน 1วัน เป็นเงิน 6,700 บาท

 2. ค่าวิทยากรให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน 6 ชั่วโมง ชั่วโมงละๆ 600 บาท เป็นเงิน 3,600 บาท

 3. ค่าวัสดุอุปกรณ์ เอกสารให้ความรู้ จำนวน 67 คน คนละๆ 50 บาท เป็นเงิน 3,350 บาท

 4. ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ ขนาด 1x4 เมตร 1,000 บาท เป็นเงิน 1,000บาท

 **รวมเป็นเงิน 14,650 บาท**

วัตถุประสงค์

 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมอบรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (19 มี.ค. 2562)

1. ค่าอาหารว่าง อาหารกลางวันและเครื่องดื่มจำนวน 100 คน คนละๆ 100 บาท จำนวน 1วัน เป็นเงิน 10,000 บาท
2. ค่าวิทยากรให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน 6 ชั่วโมง ชั่วโมงละๆ 600 บาท เป็นเงิน 3,600 บาท
3. ค่าวัสดุอุปกรณ์ เอกสารให้ความรู้ จำนวน 100 คน คนละๆ 50 บาท เป็นเงิน 5,000 บาท

**รวมเป็นเงิน 18,600 บาท**

วัตถุประสงค์

 3.ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง

 4. เพื่อสร้างเครือข่ายอาสาสมัครเยี่ยมบ้านในชุมชน

 กิจกรรม 3.อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน(29 มี.ค., 19 เม.ย., 17 พ.ค., 21 มิ.ย., 19 ก.ค., 23 ส.ค. 6 ก.ย. 2562)

1. ค่าอาหารว่าง อาหารกลางวันและเครื่องดื่ม จำนวน 67 คน คนละๆ 100 บาท จำนวน 1วัน เป็นเงิน 6,700 บาท
2. ค่าวิทยากรให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 คน 6 ชั่วโมง ชั่วโมงละๆ 600 บาท เป็นเงิน 3,600 บาท
3. ค่าวัสดุอุปกรณ์ เอกสารให้ความรู้ จำนวน 67 คน คนละๆ 50 บาท เป็นเงิน 3,350 บาท
4. ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ ขนาด 1x4 เมตร 1,000 บาท เป็นเงิน 1,000บาท

5. ค่าอาหารว่าง อาหารกลางวันและเครื่องดื่มในการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละๆ 50 บาท จำนวน 67 คน

 **รวมเป็นเงิน 23,450 บาท**

**รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 56,700บาท(ห้าหมื่นหกพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)**

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสุขภาพที่ดีไร้ภาวะแทรกซ้อน

 2. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

 3. เกิดเครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน...........................................................................................................................

 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 7.1.2หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 7.1.4หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 7.1.5กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

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

 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

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

 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

 (นางซูมัยด๊ะ ยูโซ๊ะ)

ตำแหน่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 8

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

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลปากล่อ
ครั้งที่ ........... / ……………เมื่อวันที่............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 **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(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ ..........................................................................................

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

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

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

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎ไม่มี

 🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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