**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น** **อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์**

เรื่อง โครงการ โรงเรียนต้นแบบ ลดพยาธิใบไม้ในตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี

 โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำบุ้น ตำบลกลาหงมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

 ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำบุ้น ตำบลกลางหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความประสงค์จะ จัดทำ โครงการ โรงเรียนต้นแบบ ลดพยาธิใบไม้ในตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำบุ้น ตำบลกลาหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ .2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นเงิน 17,700 บาท (หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียด โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. เพื่อให้เกิดโรงเรียนต้นแบบ มีหลักสูตร ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2. เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ในการป้องกันโรคหนอนพยาธิ

 3. เพื่อลดอัตราความชุก ลดความรุนแรง ของโรคหนอนพยาธิ และพยาธิใบไม้ตับ ในเด็กนักเรียน

**2. วิธีดำเนินการ**

 1.สำรวจข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำมาวางแผนการปฎิบัติงาน

 2.จัดทำโครงการเสนอขออนุมัติต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น

 3.ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง

 4.ดำเนินงานตามโครงการ

 5.สรุปผลการดำเนินโครงการและสำรวจความพึงพอใจผู้เข้าร่วมโครงการฯ

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560

**4. สถานที่ดำเนินการ**

 ณ โรงเรียนห้วยตูมวิทยาคาร ตำบลกลางหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

**5. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
จำนวน 17,700 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียด ดังนี้

อบรมเชิงปฏิบัติการ ให้กับนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 123 คน

 5.1 ค่าวิทยากร จำนวน 3 คนๆละ 2 ชั่วโมงๆละ 300 บาท เป็นจำนวนเงิน 1,800 บาท

 5.2 ค่าอาหาร/อาหารว่าง ผู้เข้าร่วม อบรมฯ ป.4 – ม.3 จำนวน 123 คนๆละ 100 บาท เป็นจำนวนเงิน 12,300 บาท

 5.3 ค่าป้าย ชุดป้ายสื่อรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

 - ป้ายโครงการฯ ขนาด 1.5x 2.5 เมตร จำนวน 1 ป้าย เป็นจำนวนเงิน 600 บาท

 - ชุดป้ายสื่อรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ (x stand) ขนาด 0.6x1.6 เมตร จำนวน 4 ชุดๆละ 750 บาท

 เป็นจำนวนเงิน 3,000 บาท

 รวมเป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 17,700 บาท (ตัวอักษร) หนึ่งหมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน

\*\*\*\*ค่าใช้จ่ายทั้งหมดสามารถถัวเฉลี่ยกันได้\*\*\*\*

-2-

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เกิดโรงเรียนต้นแบบ มีหลักสูตร ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2. นักเรียนมีความรู้ในการป้องกันโรคหนอนพยาธิ

 3. ลดอัตราความชุก ลดความรุนแรง ของโรคหนอนพยาธิ และพยาธิใบไม้ตับ ในเด็กนักเรียน

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

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

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

 🗸 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

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

 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/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

 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

-3-

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 7.4.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🗸 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🗸 7.4.1.5 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

 7.4.1.6 การคัดกรองสภาวะสุขภาพ

 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

**8.ผู้รับผิดชอบโครงการ**

 - งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำบุ้น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

 - กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น ตำบลกลางหมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

**9.การประเมิน**

 1. แบบสอบถามความพึงพอใจ

**10.ผู้เห็นชอบ/ผู้ตรวจสอบโครงการ**

(ลงชื่อ)..............................................ผู้เสนอโครงการ (ลงชื่อ).................................................ผู้รับผิดชอบโครงการ

 (นางสวรรยา ผลรักษา) (นางปัทมาพร จิตจักร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

**ผู้เห็นชอบโครงการ**

 (ลงชื่อ).......................................................

 (นายสมิง กมลเลิศ)

 ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต.น้ำบุ้น

**ผู้ตรวจสอบโครงการ**

 ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามที่ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น

ครั้งที่................./...................เมื่อวันที่.................เดือน................................พ.ศ..........................

(ลงชื่อ).............................................. (สิบเอก).................................................

 (นายพิพัฒนพงศ์ โกมาร) (นพดล สำราญพงษ์)

ตำแหน่ง ผช.เลขานุการกองทุนฯ ตำแหน่ง ผช.เลขานุการกองทุนฯ

 (ลงชื่อ).................................................

 (นายสุพจน์ พิสุราช)

 ตำแหน่ง กรรมการ/เลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

**ผู้อนุมัติโครงการ**

 (ลงชื่อ).......................................................

 (นางสุนิตย์ รุทเทวิน)

 ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน

 หลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลกลางหมื่น

-4-

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................
ครั้งที่ ........... / 25…………… เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

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

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

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

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

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

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

**-5-**

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

โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในสถานบริการ ด้วย“นวตกรรมสมุดคู่กาย ลดโรคแทรกซ้อน ลดร้อนให้โลก กับกระเป๋า 7 สี” โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำบุ้น ตำบลกลาหงมื่น อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

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

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**กำหนดการ**

**โครงการโรงเรียนต้นแบบลดพยาธิใบไม้ในตับกำจัดมะเร็งท่อน้ำดี**

**วันที่ ....๔....เดือน กรกฎาคม....พ.ศ.๒๕๖๐.....**

**ณ .......โรงเรียนห้วยตูมวิทยาคาร......**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

 เวลา กิจกรรม

 ๐๘.๐๐ น. - ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียนผู้เข้าร่วมโครงการ

 ๐๘.๓๐ น. -๐๙ .๐๐ น. พิธีเปิดโครงการ

 • นางสุนิตย์ รุทเทวิน นายก.ทต.กลางหมื่น – ประธาน

 • นายสมิง กมลเลิศ ผอ.รพ.สต.น้ำบุ้น – กล่าวรายงาน

 ๐๙.๐๐ น. – ๐๙.๑๕ น. พักรับประทานอาหารว่าง

๐๙.๑๕ น. – ๑๑.๑๕ น. บรรยาย เรื่อง อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี โรคมะเร็งท่อน้ำดี ฯลฯ โดย

 ๏ นางสาวปวีณา อุดรไสว พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

 ๑๑.๑๕ น.- ๑๒.๑๕ น.  บรรยาย เรื่อง เชื้อโรคกับพยาธิต่างๆ โดย

 ๏ นางสาวพนาพร กมลเลิศ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

 ๑๒.๑๕ น. – ๑๓.๑๕ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

 ๑๓.๓๕ น.- ๑๔.๑๕ น. บรรยาย เรื่อง โดย การตรวจหาไข่พยาธิ

 ๏ นางสาวพนาพร กมลเลิศ เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

๑๔.๑๕ น. – ๑๔.๓๐ น. พักรับประทานอาหารว่าง

 ๑๔.๓๐ น. – ๑๖.๓๐น. บรรยาย เรื่อง โดย การตรวจหาไข่พยาธิและการสาธิตการตรวจ

 ๏ นางจริยา อินทร์ช้าง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

 ๑๖.๓๐ น. พิธีปิดโครงการ

**หมายเหตุ** ให้ระบุ เวลา สถานที่ วิทยากร ตามจริง ( สามารถปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมตามความเหมาะสม )