**แผนงาน/กิจกรรมโครงการ แผนสุขภาพชุมชนกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์**

**กิจกรรมประเภทที่ 1 สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แผนงาน/โครงการ** | **วัตถุประสงค์** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **พื้นที่ดำเนินการ** | **ตัวชี้วัด** | **กิจกรรรม** | **ระยะเวลาดำเนินการ** | **งบประมาณ** | **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** |
| โครงการแพทย์แผนไทยเชิงรุก  ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์  จังหวัดกาฬสินธุ์  ปี 2560 | 1.เพื่อจัดบริการการแพทย์แผนไทยเชิงรุกในชุมชน  2.เพื่อใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการ ในเรื่องการนวด อบ ประคบสมุนไพร | ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ | หมู่ 8,  หมู่ 9 ,  หมู่ 10,  หมู่ 11 ,  หมู่ 13 และ หมู่ 14  ตำบลลำพาน | 1.มีบริการการแพทย์แผนไทยเชิงรุกในหมู่บ้าน ร้อยละ 100  2.ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการได้รับการนวด อบ ประคบสมุนไพรโดยใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแล ร้อยละ 100 | 1.จัดประชุมชี้แจงแก่  อสม./ผู้นำชุมชน  2.จัดให้มีบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและคณะทำงานในสถานบริการ  3.สำรวจข้อมูลหมอพื้นบ้านและผู้มีภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย  4.จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายแพทย์แผนไทย (หมอนวด)ในชุมชน  5.ให้บริการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ  6.สำรวจความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์ไทย  7.สรุปผลการดำเนินงาน | ต.ค.59-ก.ย.60 | กองทุนหลักประกันสุขภาพ ทต.ลำพาน ดังนี้  1.อบรมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายแพทย์แผนไทย  -ค่าอาหาร/อาหาร  ว่างผู้เข้าอบรม  30คนx100บาทx  2วัน =6,000บาท  -ค่าตอบแทนวิทยากร1 คนx500บาท/ชม.x6ชม.x2วัน=6,000 บาท  รวมเป็นเงิน 12,000 บาท  ( หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) | รพ.สต.  ดงเมือง |

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการแพทย์แผนไทยเชิงรุก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ปี 2560

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลลำพาน

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง ตำบลลำพาน มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการแพทย์แผนไทยเชิงรุก ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน เป็นเงิน 12,000 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1.เพื่อจัดบริการการแพทย์แผนไทยเชิงรุกในชุมชน

2.เพื่อใช้การแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้พิการ ในเรื่องการนวด อบ ประคบสมุนไพร

**2. วิธีดำเนินการ**

1.จัดประชุมชี้แจงแก่อสม./ผู้นำชุมชน

2.จัดให้มีบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและคณะทำงานในสถานบริการ

3.สำรวจข้อมูลหมอพื้นบ้านและผู้มีภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย

4.จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายแพทย์แผนไทย (หมอนวด)ในชุมชน

5.ให้บริการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ

6.สำรวจความพึงพอใจในการใช้บริการแพทย์ไทย

7.สรุปผลการดำเนินงาน

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560

**4. สถานที่ดำเนินการ**

ในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 8 , หมู่ 9 , หมู่ 10 ,หมู่ 11 , หมู่ 13 และ หมู่ 14 ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

**5. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 12,000 บาท รายละเอียด ดังนี้

1.อบรมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายแพทย์แผนไทย

-ค่าอาหาร/อาหารว่างผู้เข้าอบรม 30 คน x 100 บาท x 2 วัน เป็นเงิน 6,000 บาท

-ค่าตอบแทนวิทยากร 1 คน x 500บาท/ชม. x 6 ชม. x 2 วัน เป็นเงิน 6,000 บาท

รวมเป็นเงิน 12,000 บาท ( หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1.ผู้พิการมีสภาพด้านร่างกายดีขึ้นจากการฟื้นฟูสภาพด้วยแพทย์แผนไทย

2.ลดปัญหาสุขภาพเท้าในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.ลดอัตราการใช้ยาแผนปัจจุบันและมีการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.2557ข้อ7)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง

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)]

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

7.4.1.7 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

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

7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.3.5 การส่งสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

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) .................................................................................................................

7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

7.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

( นางวิไลรัตน์ สุทธิประภา )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง

14 กุมภาพันธ์ 2560

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

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

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

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

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

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

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

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

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎 ไม่มี

🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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