**แผนงาน/กิจกรรมโครงการ แผนสุขภาพชุมชนกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์**

**กิจกรรมประเภทที่ 1 สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แผนงาน/โครงการ** | **วัตถุประสงค์** | **กลุ่มเป้าหมาย** | **พื้นที่ดำเนินการ** | **ตัวชี้วัด** | **กิจกรรรม** | **ระยะเวลาดำเนินการ** | **งบประมาณ** | **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** |
| โครงการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นตำบล ลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560 | 1.เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่น2.เพื่อให้วัยรุ่นสามารถดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง3.เพื่อให้วัยรุ่นได้มีการพบปะ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์4.เพื่อให้การดำเนินงานของชมรมเด็กวัยรุ่นมีความต่อเนื่องและยั่งยืน | วัยรุ่น | หมู่ 8,หมู่ 9 ,หมู่ 10,หมู่ 11 ,หมู่ 13 และ หมู่ 14ตำบลลำพาน | 1.วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ในด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 802.มีชมรมเด็กวัยรุ่น 1 ชมรม |  1.ประชุมชี้แจงโครงการแก่ อสม.,ผู้นำชุมชนและผู้นำวัยรุ่น  2.จัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่น โดยมีกิจกรรม  -ตรวจสุขภาพ  -ให้ความรู้เรื่องการตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น  -สนับสนุนให้ชมรมวัยรุ่นจัดกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ลดเสี่ยงลดโรค   3.สรุปและประเมินผลโครงการ | ต.ค.59-ก.ย.60 | กองทุนหลักประกันสุขภาพ ทต.ลำพาน ดังนี้1.จัดอบรมให้ความรู้- ค่าอาหารผู้เข้าอบรม 15 คน x 100 บาท x 6 หมู่บ้าน เป็นเงิน 9,000 บาท- ค่าวิทยากร 1 คน x 500บาทx2 ชั่วโมง เป็นเงิน 1,000 บาท **รวมเป็นเงิน 10,000 บาท****(หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)** | รพ.สต.ดงเมือง |

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน**

เรื่อง ขอเสนอแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลลำพาน

 ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง ตำบลลำพาน มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน เป็นเงิน 10,000 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1.เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่น

2.เพื่อให้วัยรุ่นสามารถดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเอง

3.เพื่อให้วัยรุ่นได้มีการพบปะ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

4.เพื่อให้การดำเนินงานของชมรมเด็กวัยรุ่นมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

**2. วิธีดำเนินการ**

### 1.ประชุมชี้แจงโครงการแก่ อสม.,ผู้นำชุมชนและผู้นำวัยรุ่น

###    2.จัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่วัยรุ่น โดยมีกิจกรรม

###    -ตรวจสุขภาพ

###    -ให้ความรู้เรื่องการตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น

###    -สนับสนุนให้ชมรมวัยรุ่นจัดกิจกรรมร่วมกันทุกเดือน เช่น การปลูกป่า อนุรักษธรรมชาติ  ออกกำลังกาย  การแลกเปลี่ยนประสบการณ์

###    3.สรุปและประเมินผลโครงการ

### 3. ระยะเวลาดำเนินการ

 ตุลาคม 2559 - 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 10,000 บาท รายละเอียด ดังนี้

1.จัดอบรมให้ความรู้

- ค่าอาหารผู้เข้าอบรม 15 คน x 100 บาท x 6 หมู่บ้าน เป็นเงิน 9,000 บาท

- ค่าวิทยากร 1 คน x 500 บาท x 2 ชั่วโมง เป็นเงิน 1,000 บาท

**รวมเป็นเงิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)**

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

### 1.เด็กวัยรุ่นมีความรู้ เจตคติ ทักษะและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

###         2.เด็กวัยรุ่นมีการปรับตัวได้ดีขึ้น สนใจเข้ากลุ่มร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างต่อเนื่อง

###         3.เด็กวัยรุ่นมีสุขร่างกายแข็งแรงไม่ป่วยด้วยโรคหรือได้รับอุบัติเหตุที่เกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง

###         4.เกิดความเข้าใจและสามัคคีระหว่างเด็กวัยรุ่นด้วยกัน

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