**-ตัวอย่างโครงการ-**

**โครงการ เยี่ยมถึงเรือน เยือนถึงใจ *สาสุข*ใส่ใจผู้ป่วยวัณโรค**

เรื่อง ขอเสนอโครงการ เยี่ยมถึงเรือน เยือนถึงใจ *สาสุข*ใส่ใจผู้ป่วยวัณโรค

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน (ระบุชื่อ) (หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข/ ศูนย์ฯ/องค์กร/กลุ่มประชาชน) มีความประสงค์จะจัดทำโครงการ เยี่ยมถึงเรือน เยือนถึงใจ *สาสุข*ใส่ใจผู้ป่วยวัณโรคในปีงบประมาณ -xxxx- โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ   
เป็นเงิน -xxxxxx- บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**1. หลักการและเหตุผล**

วัณโรคเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีวัณโรคสูง รายงานองค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 พบว่าอุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยคิดเป็นอัตรา 150 ต่อแสนประชาการ อัตราการครอบคลุมการรักษาวัณโรค (Treatment coverage) ร้อยละ 84   
 ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรมบริหารงานคลินิกวัณโรค (National Tuberculosis Information Program : NTIP) ในพื้นที่ XXXXXXXXXX เมื่อเดือน XXXX 25….. พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค จำนวน XXXXXX ราย (กรณีมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาให้ระบุจำนวนรายด้วย) พบว่ามีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ XXX อัตราขาดยาร้อยละ XXX อัตราการเสียชีวิตร้อยละ XXX   
 ความล่าช้าในการรักษาของแพทย์ และความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยรุนแรง บางรายไอเรื้อรัง จนถึงขั้นไอเป็นเลือด   
บางรายมีอาการเหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหารมาก บางรายน้ำหนักตัวลดมากกว่า 10 กิโลกรัม ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายขาดสารอาหาร ส่งผลให้อาการของโรคและอาการแพ้ยารุนแรงมากขึ้น หรือถึงขั้นเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค ประกอบกับผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย  
 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารครบถ้วน 5 หมู่ จะเป็นการเสริมสร้าง ฟื้นฟูภูมิต้านทานของผู้ป่วยวัณโรคให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยเฉพาะอาหารหมู่ที่ 1 คือ โปรตีน เช่น ไข่ นม ถั่วเหลือง ซึ่งเป็นหมวดที่ให้พลังงานสูง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยได้รับการรับประทานยาต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ลดความรุนแรงของผลข้างเคียงจากยา ลดการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค และสามารถกลับไปทำงาน หารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ (หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข/ ศูนย์ฯ/องค์กร/กลุ่มประชาชน) จึงได้จัดทำโครงการ เยี่ยมถึงเรือน เยือนถึงใจ ใส่ใจผู้ป่วยวัณโรค โดยกำหนดให้มีกิจกรรมการติดตามการรักษาวัณโรคด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว เนื่องจากการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา สามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังใจและส่งต่อความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรอบด้าน (หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข/ ศูนย์ฯ/องค์กร/กลุ่มประชาชน) หวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการดังกล่าวจะช่วยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด ใกล้เรือน ใกล้ใจ อันจะนำไปสู่อัตราการเพิ่มความสำเร็จของการรักษาวัณโรคในพื้นที่ XXXXXXXXXX

**๒. วัตถุประสงค์**

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลแบบเป็นศูนย์กลาง  
 2.2 เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัณโรคให้มีสุขภาพแข็งแรง   
 2.3 เพื่อเพิ่มความสำเร็จของการรักษา ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

**๓. วิธีดำเนินการ**

3.1 ขั้นตอนวางแผนงาน

3.1.1 แต่งตั้งคณะทำงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวพร้อมทั้งจัดทำแผนเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน  
 3.1.2 ร่วมประชุมวางแผนการลงเยี่ยมบ้าน และการประเมินผลการดำเนินงาน  
 3.2 จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติต่อคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล XXXXXX   
 3.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน  
 3.3.1 ประเมินภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้าก่อนเริ่มรักษาวัณโรคตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต  
 3.3.2 คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index (BMI)) ก่อนเริ่มรักษาวัณโรค

3.3.3 ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยตามแบบประเมินภาวะโภชนาการ

3.3.4 แจ้งผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อขอลงเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาวัณโรค  
 3.3.5 เยี่ยมบ้านเพื่อติดตาม ดูแล สอบถามสภาพปัญหาผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัว พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะป่วยเป็นวัณโรคแก่ผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวทุกเดือน  
 3.3.6 ประเมินภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะโภชนาการ และคำนวณค่า BMI   
ทุกเดือนที่มีการเยี่ยมบ้าน  
 3.3.7 บันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกครั้ง  
 3.3.8 ประสานงานส่งต่อความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานอื่น (ถ้ามี)  
 3.4 ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน  
 3.5 สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการส่งให้คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล XXXXXX

**๔. กลุ่มเป้าหมาย**

4.1 ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน XXXX ราย ที่มีค่า BMI ต่ำกว่า 18.5   
 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาจำนวน XXXX ราย ที่มีค่า BMI ต่ำกว่า 18.5

**๕. ระยะเวลาดำเนินการ**

ระหว่างเดือน.....................-.เดือน................................๒๕๖๔.

**๖. สถานที่ดำเนินการ**

ผู้ป่วยวัณโรค วัณโรคดื้อยา ในพื้นที่รับผิดชอบ อบต./เทศบาล....................

**๗. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ.................. จำนวน xxxxxx บาท รายละเอียด ดังนี้

7.๑ กิจกรรมการประชุมชี้แจงคณะทำงาน

-ค่าอาหารกลางวัน ในการประชุมคณะทำงาน จำนวน xxคนๆ ละ xx บาท/มื้อ จำนวน xx มื้อ เป็นเงิน xxx บาท

-ค่าอาหารว่างในการประชุมคณะทำงาน จำนวน xx คนๆ ละ xx บาท/มื้อ จำนวน xx มื้อ เป็นเงิน xxx บาท

๗.๒ กิจกรรมเยี่ยมบ้าน

๗.๒.๑ ค่าชุดของเยี่ยม ผู้ป่วยวัณโรค

- จำนวน xxx บาท X xxx ครั้ง X 2 เดือนแรกของการรักษา เป็นเงิน xxx บาท

- จำนวน xxx บาท X xxx ครั้ง X 4 เดือน เป็นเงิน xxx บาท

๗.๒.๒ ค่าชุดของเยี่ยม ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

- จำนวน xxx บาท X xxx ครั้ง X 6 เดือนแรกของการรักษา เป็นเงิน xxx บาท

- จำนวน xxx บาท X xxx ครั้ง X 12 เดือน เป็นเงิน xxx บาท

๗.๒.๓ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงในการเยี่ยมบ้าน  
 - จำนวน xxx บาท X xxx ครั้ง X 12 เดือน เป็นเงิน xxx บาท

รวมงบประมาณทั้งสิ้น xxxxx บาท

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายสามารถถัวเฉลี่ยกันได้ทุกรายการ

**๘. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๘.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการติดตามดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด  
๘.2 เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยวัณโรคให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถกลับไปทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้  
๘.3 เพื่อเพิ่มความสำเร็จของการรักษา ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

**๙. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว   
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า ๑รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**๙.๑ *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชนที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม*** **(ตามประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)**

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

🖵๑. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ ๑๐(๑)]

🖵๒. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ ๑๐(๑)]

🖵๓. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ ๑๐(๑)]

🖵๔. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ ๑๐(๒)]

🖵๕. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ ๑๐(๒)]

🖵๖. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ ๑๐(๓)]

🖵๗. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ ๑๐(๔)]

**๙.๒ ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ ๑๐)**

🖵๑. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน สาธารณสุข [ข้อ ๑๐(๑)]

🖵๒. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน [ข้อ ๑๐(๒)]

🖵๓. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ ๑๐(๓)]

🖵๔. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]

🖵๕. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๑๐(๕)]

**๙.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดจำนวนคน

🖵๒. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียนจำนวนคน

🖵๓. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชนจำนวนคน

🖵๔. กลุ่มวัยทำงานจำนวนคน

🖵๕. กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนคน

🖵๖. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนคน

🖵๗. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพจำนวนคน

🖵๘. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยงจำนวนคน

🖵๙. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]

🖵๑๐. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวนคน

**๙.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵**๙.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

🖵๖. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

🖵๗. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵๘. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๒ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵๖. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵๗. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵๘. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵๖. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵๗. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵๘. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵๙. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

🖵๖. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

🖵๗. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵๘. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵๙. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵๖. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵๗. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵๘. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

🖵๖. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

🖵๗. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

🖵๘. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

🖵๙. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵๖. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵๗. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵๘. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๘ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

🖵๑. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵๒. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵๓. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵๔. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵๕. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

🖵๖. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵**๙.๔.๙ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๑๐(๔)]**

🖵๑. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

🖵๒. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

🖵๓. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

🖵๔. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

🖵๕. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) ...........................................................................................................

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

🖵๑. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ…………………………………ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

**ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................  
ครั้งที่/ ๒๕เมื่อวันที่ผลการพิจารณาแผนงาน/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 ๓)**ภายในวันที่ ………………………………………………….........

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

(……………………………………………………….)

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

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

**ส่วนที่ ๓ : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**๑. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

๒.๑การบรรลุตามวัตถุประสงค์

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

๒.๒จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คน

**๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ บาท

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

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

**๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

🞎ไม่มี

🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

(………………………………………………)

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

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