**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก**

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) **หน่วยงานท้องถิ่น/หน่วยบริการ** มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** ในปีงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**หลักการและเหตุผล**

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย พบมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ ๘,๒๐๐ ราย พบมากที่สุดระหว่างอายุ ๔๕-๕๐ ปี ระยะที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลาม อัตราการอยู่รอด ๕ ปี ประมาณร้อยละ ๖๐ จึงมีผู้ป่วยสะสมจำนวนมาก คาดประมาณว่าจะมีผู้ป่วยพบรายใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ต้องติดตามทำการดูแลรักษาอยู่ไม่น้อยกว่า ๖,๐๐๐ คนทั่วประเทศการทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการทำ Pap Smearได้มีผลการศึกษาวิจัยทั่วโลกว่าสามารถลดอุบัติการณ์ และอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าร้อยละ ๘๐ ถ้าทำได้อย่างมีคุณภาพและมีความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมดได้สูง จากผลการศึกษาในหลายประเทศแสดงให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองด้วยการทำ Pap Smear ให้ครอบคลุมกลุ่มสตรีเป้าหมายทั้งหมด มีความสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดและอัตราตายจากโรค มะเร็งปากมดลูกมากกว่าความถี่ที่ได้รับการตรวจแต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด จึงได้มีการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขึ้น โดยครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง

2. เพื่อส่งต่อสตรีที่ตรวจพบผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติเข้ารับการ**รักษา**

**ตัวชี้วัด**

**1.ร้อยละของ**สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก*เปรียบเทียบกับ*จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมาทั้งหมด

(ข้อมูลจากทะเบียนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการ และทะเบียนสตรีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมา )

**3.ร้อยละ100ของ**สตรีที่ตรวจพบผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งต่อ

กลุ่มเป้าหมาย : สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมา

**2. วิธีดำเนินการ**

1.ประสานงานกับหน่วยบริการในพื้นที่ (รพ.สต.หรือ รพช.รพท.)เพื่อขอข้อมูลสตรีอายุ 30-60 ปีที่เคยเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมา

2.ประสานงานกับหน่วยทะเบียนราษฎร์เพื่อขอรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี เพื่อจัดทำทะเบียนสตรีอายุ 30-60 ปีที่ยังไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมาในเขตพื้นที่

3.จัดทำทะเบียนสตรีอายุ 30-60 ปีที่ยังไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมาในเขตพื้นที่

4.. ผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์(TOR)การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี กับหน่วยบริการ

5.ผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาราคากลาง เพื่อตกลงราคาการจ้างเหมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ต่อรายกับหน่วยบริการ

6.จัดเตรียมคูปองบริการ และออกแบบ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการโดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือตอบแบบสอบถาม

7. ประชาสัมพันธ์ เชิญชวน สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมา มารับฟังความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากวิทยากรของหน่วยบริการ และรับสมัครเข้าร่วมโครงการ/ลงทะเบียนและรับคูปองบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

8. สตรีอายุ 30-60 ปีที่เข้าร่วมโครงการ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากหน่วยบริการในพื้นที่ (รพ.สต.) หรือหน่วยบริการประจำ (รพช. รพท.)ที่กำหนดพร้อมส่งมอบคูปองบริการแก่หน่วยบริการ

9. หน่วยบริการประสานและส่งต่อสตรีที่มีผลคัดกรองผิดปกติไปรับการรักษาต่อเพื่อจัดการอย่างเหมาะสมตามแนวทาง Abnormal Pap Management Guidelineโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม

10. หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมแบบรายงานและคูปองเพื่อเรียกเก็บเงินจากท้องถิ่น

11. ตรวจสอบรายงานและคูปองกับทะเบียน เบิกจ่ายให้กับหน่วยบริการ พร้อมขอหลักฐานใบสำคัญรับเงิน

12.ประเมินความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการโดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือตอบแบบสอบถาม

13. สรุปและติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และสรุปผลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

**แผนการดำเนินงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรม | ระยะเวลาดำเนินการ | | | | ผู้รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
| ไตรมาส 1 | ไตรมาส 2 | ไตรมาส 3 | ไตรมาส 4 |
| 1. การเจรจาตกลงกับหน่วยบริการ |  |  |  |  |  |  |
| 2. ประสานข้อมูลกับหน่วยบริการ ทำทะเบียน |  |  |  |  |  |  |
| 3. จัดพิมพ์คูปองบริการ/รถ |  |  |  |  |  |  |
| 4. ประชาสัมพันธ์โครงการและจัดวิทยากรให้ความรู้ |  |  |  |  |  |  |
| 5. รับลงทะเบียนและแจกคูปองไปรับบริการกับหน่วยบริการที่กำหนด |  |  |  |  |  |  |
| 6. ตรวจสอบคูปองและเบิกจ่าย พร้อมลงบัญชี |  |  |  |  |  |  |
| 7. ติดตามและสรุปผลรายไตรมาส และเสนอที่ประชุมฯ |  |  |  |  |  |  |
| 8. ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน-สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือแบบสอบถาม |  |  |  |  |  |  |

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

**4. สถานที่ดำเนินการ** หน่วยบริการ**…………………………………………….**

**5. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ   
จำนวน บาท ประกอบด้วย

1. ค่าวัสดุสำนักงาน ................................. บาท
2. ค่าวัสดุโฆษณาและเผยแพร่ ................................. บาท
3. ค่าจ้างเหมาบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีอายุ 30-60 ปี (........... บาท/คูปอง /ราย)รวมจำนวนคูปอง..........ใบ รวมเป็นเงิน ................... บาท

4.. ค่าตอบแทนวิทยากร ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ......................................................................... บาท

(ภาคเอกชนภาครัฐ 600 บาท/ชม., วิทยากรภาคเอกชน1,200 บาท/ชม.)

5. ค่าเครื่องดื่มและอาหารว่าง ....(เบิกจ่ายตามระเบียบราชการ).... บาท

6. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ............................................ บาท

7. ค่าใช้สอยอื่นๆ ............................................ บาท

(ทุกรายการถัวเฉลี่ยจ่าย)

**การประเมินผล**

**ความสำเร็จของโครงการ พิจารณาจาก**

1. ร้อยละของจำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับจำนวน สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมาทั้งหมด (ข้อมูลจากทะเบียนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการ และทะเบียนสตรีที่ไม่เคยตรวจ จากการประสานกับหน่วยบริการ)

2. ร้อยละของจำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เปรียบเทียบกับสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด (ตรวจสอบจากคูปองที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย)

3. ร้อยละของความพึงพอใจของสตรีอายุ 30-60 ปีที่เข้าร่วมโครงการ

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1.สตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมาเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น

2. สตรีที่มีผลการตรวจพบผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมตามแนวทาง (Abnormal Pap Management Guideline)

**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 *อปท.***

☑ 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

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

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

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

☑ 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

☑ 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

☑ 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

**ภาคผนวก**

เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับหน่วยบริการ

-หน่วยบริการให้การตรวจคัดกรองตามแนวปฏิบัติและมาตรฐานตามแนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก

-หน่วยบริการเรียกเก็บคูปองบริการจากสตรีอายุ 30-60 ปี โดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม

-หน่วยบริการประสานและส่งต่อสตรีที่มีผลคัดกรองผิดปกติไปรับการรักษาต่อโดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม

-หน่วยบริการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในคูปองและจัดทำรายงานพร้อมแนบคูปอง เรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากท้องถิ่น

-ท้องถิ่นจ่ายเงินให้หน่วยบริการตามรายงานและคูปองที่เป็นหลักฐาน

-อื่นๆ ตามที่เห็นชอบร่วมกัน

รูปแบบคูปอง

- คูปองบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30-60 ปี

คูปองตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เลขที่..............................

ออกโดยองค์กรปกครองท้องถิ่น................

ชื่อ...............................นามสกุล....................

ว.ด.ป.ที่รับบริการ.................... ผลการคัดกรอง............................

ทะเบียนสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปีที่ผ่านมา (ทำในรูปแบบไฟล์ excel และขยายช่องมากกว่าที่แสดงได้ เช่น เพิ่มช่องการเรียกเก็บจากหน่วยบริการ และเจ้าของรถ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากการดึงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์โดยตรง)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ  นามสกุล | อายุ | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ | | | | | | | คูปองบริการ | | คูปองรถ | | ลายมือชื่อ |
| เลขที่ | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์ | เลขที่ | (ใบ) | เลขที่ | (ใบ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

การสำรวจความพึงพอใจ

โดยใช้แบบสอบถาม ให้สตรีอายุ 30-60 ปีที่เข้าร่วมโครงการ ตอบด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

ตัวอย่างข้อความแบบสั้น

ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..................ได้จัดทำโครงการ.................เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ท่านในการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และคุณ.......................เป็นบุคคลหนึ่งที่เข้าร่วมในโครงการนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาปรับปรุงบริการของโครงการ จึงขอความกรุณาจากท่านได้ให้คะแนนความพึงพอใจ โดยกาเครื่องหมายหน้าหมายเลขหรือบอกเลขที่แสดงระดับความพึงพอใจนั้น

🞏 1 หมายความว่า พึงพอใจน้อยที่สุด

🞏 2 หมายความว่า พึงพอใจน้อย

🞏 3 หมายความว่า พึงพอใจปานกลาง

🞏 4 หมายความว่า พึงพอใจมาก

🞏 5 หมายความว่า พึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง.....................................................................

แบบรายงานเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-นามสกุล | วันที่รับบริการ | ผลการคัดกรอง | การส่งต่อ | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |