**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ…………**

เรื่อง โครงการป้องกัน และดูแลสุขภาพจากภัยฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ **อบต./เทศบาล**.......................................................................................................................................

 ด้วย **อบต./เทศบาล/รพสต.** มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการป้องกัน และดูแลสุขภาพจากภัยฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)ในปีงบประมาณ 2563 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ............................เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

**หลักการเหตุผล**

จากสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5) ที่แพร่กระจายครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศไทย และภูมิภาคข้างเคียง โดยส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ มากกว่า 2 สัปดาห์ แล้ว และคาดว่าสถานการณ์จะยังไม่บรรเทาลง (จากรายงานสถานการณ์ และคุณภาพอากาศประเทศไทย ของกรมควบคุมมลพิษ <http://air4thai.pcd.go.th/webV2/>)

(หน่วยงานที่ขอรับสนับสนุนงบ) **อบต./เทศบาล/รพสต**............................ ได้พิจารณาแล้วว่า หากไม่รีบดำเนินการจัดการปัญหาดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ทั้งในระยะสั้น และในระยะยาว ดังนี้

**ผลระยะสั้น**

ฝุ่น PM 2.5 มีขนาดเล็กและมีปริมาณมากที่สามารถทะลุขนจมูก แทรกซึมสู่ระบบทางเดินหายใจ ทะลุผนังปอดและเข้ากระแสเลือดได้อย่างง่ายดาย ผลกระทบที่รับฝุ่นเข้าไปอาจเกิดขึ้นกับร่ายกาย (ภายใน 1 - 2 วัน) ซึ่งส่วนมากจะเกิดกับระบบทางเดินหายใจ โดยมีอาการ ไอ เจ็บคอ หายใจแล้วมีเสียงฟืดฟาด เลือดกำเดาไหล มีเสมหะ ซึ่งหากเลือดไหลลงคอก็จะทำให้เสมหะมีเลือดเจือปน ฝุ่นเข้าตาทำให้เกิดโรคเยื่อบุตาอักเสบ ทำให้เกิดอาการ เช่น ตาแดง แสบตา คันตา หรือระคายเคือง หากเกิดอาการเหล่านี้สามารถบรรเทาอาการด้วยวิธีประคบเย็นหรือใช้น้ำตาเทียม บางกรณีอาจไม่จำเป็นต้องรับการรักษาโดยแพทย์ เพราะหายได้เองภายใน 2-3 สัปดาห์ นอกเหนือจะทำให้เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจ ยังมีผลกระทบต่อผิวหนังของเราอีกด้วย กรมการแพทย์ โดยสถาบันโรคผิวหนัง เปิดเผยว่า อนุภาคของฝุ่นละอองที่อยู่ในอากาศมีขนาดเล็กเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมครอน สามารถผ่านเข้าสู่เซลล์ผิวหนังได้ ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 สามารถจับตัวกับสารเคมีและโลหะต่าง ๆ และนำพาเข้าสู่ผิวหนัง มีผลทำร้ายเซลล์ผิวหนังโดยตรง และทำให้การทำงานของเซลล์ผิวหนังผิดปกติไป

**สะสมจนอาจเกิดโรคในระยะยาว**

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดให้ PM 2.5 อยู่ในกลุ่มที่ 1 ของสารก่อมะเร็ง ตั้งแต่ปี 2556 และชี้ว่าคน 9 ใน 10 กำลังหายใจนำอากาศอันเป็นพิษเข้าสู่ร่างกายเป็นประจำทุก ๆ ปี ประชากรโลกกว่า 7 ล้านคน เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรลดลง แก่เร็วและอายุสั้นลง แถมยังเพิ่มความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง ได้แก่

**โรคหลอดเลือดในสมอง**

การเผชิญหน้ากับมลพิษทางอากาศระยะยาว เพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้หลอดเลือดแดงในสมองแข็งตัว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากขึ้น และความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในสมองได้

**อันตรายต่อปอดและระบบทางเดินหายใจ**

ฝุ่นขนาดเล็กเป็นทั้งสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอันตรายต่อปอดและระบบทางเดินหายใจ สาเหตุหลักคือการสูบบุหรี่ รองลงมาจากมลพิษทางอากาศ ได้แก่ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็งปอด

**โรคหัวใจขาดเลือด**

อนุภาคฝุ่นละอองขนาดเล็กสะสมตะกอนที่เรียกว่า พลาค (Plaque) เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงเฉียบพลันต่อกล้ามเนื้อหัวใจได้ รวมทั้งหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นแรงขึ้น อัตราการผันแปรการเต้นของหัวใจลดลง และหลอดเลือดสมองตีบจนถึงตายได้

**ผิวเสื่อมชรา**

การศึกษาในประเทศเยอรมันนีและประเทศจีน พบว่า การสัมผัสฝุ่นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผิวเสื่อมชราได้เร็วขึ้น พบการเกิดจุดด่างดำเพิ่มมากขึ้นบริเวณใบหน้า และเกิดริ้วรอยบริเวณร่องแก้มมากยิ่งขึ้นด้วย

**1. วัตถุประสงค์**

 1. เพื่อป้องกันสุขภาพของประชาชนจากอันตรายของฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)

 2. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตัวเอง และสามารถป้องกันตนเองจากจากอันตรายของฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)

 3. เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ทันต่อสถานการณ์

**2. วิธีดำเนินการ**

 1. อบต./เทศบาล/รพสต............จัดทำโครงการตามประกาศฯ ข้อ 10 (1) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ หรือสถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ในการป้องกันโรค ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและ มีประสิทธิภาพมากขึ้น

หรือข้อ 10 (5) สนับสนุน และส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ เสนอต่อคณะกรรมการกองทุนฯ เพื่อพิจารณา

 2. สำรวจกลุ่มเป้าหมาย ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล ตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด/เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย เป็นต้น

 3. จัดให้มีการอบรม สื่อสารประชาสัมพันธ์ สร้างความรอบรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยติดต่อหน่วยงาน ที่สามารถให้ความรู้ในการป้องกัน และดูแลสุขภาพจากภัยฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)

 4. ดูแลสุขภาพและจัดระบบบริการสาธารณสุข โดยสนับสนุนหน้ากากอนามัยมาตรฐาน/หน้ากากอนามัย N95 ตามวิธีการป้องกันของกระทรวงสาธารณสุข

 5. เฝ้าระวังการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ, ระบบหัวใจและหลอดเลือด, ระบบผิวหนัง, ระบบตาและอื่นๆ รวมทั้งผลกระทบในระยะยาว เช่น โรคมะเร็ง รวมถึงเฝ้าระวังและตอบโต้ข่าวที่เป็นเท็จและแจ้งให้ประชาชนในพื้นที่ทราบเป็นระยะ

6. สรุปผลการดำเนินงาน และรายงานให้คณะกรรมการกองทุนฯ ทราบ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

**3. กลุ่มเป้าหมาย** **คน**

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

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

**5. สถานที่ดำเนินการ**

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

**6. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต./เทศบาล.......
จำนวน ................................. บาท รายละเอียด ดังนี้

 - ค่าใช้จ่ายในการอบรม/ประชุม

 ค่าอาหารว่าง จำนวน …….…คน x ...........บาท เป็นเงิน …………… บาท ค่าอาหารกลางวัน จำนวน …….…คน x ...........บาท เป็นเงิน …………… บาท

 ค่าวิทยากร เป็นเงิน …………… บาท

 ค่า................................... เป็นเงิน …………… บาท

 - ค่าใช้จ่ายในการประชาสัมพันธ์ เป็นเงิน ............... บาท

 - ค่าใช้จ่ายในการสำรวจ/คัดกรอง กลุ่มเป้าหมาย เป็นเงิน ............... บาท

 - ค่าหน้ากากอนามัยมาตรฐาน หรือหน้ากากอนามัย N9

 สำหรับผู้ใหญ่ จำนวน …….…ชิ้น x ...........บาท เป็นเงิน …………… บาท

 สำหรับเด็ก จำนวน …….…ชิ้น x ...........บาท เป็นเงิน …………… บาท

 - ค่าวัสดุ เป็นเงิน ............... บาท

 - ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เป็นเงิน ............... บาท

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. ประชาชนในพื้นที่ ได้รับการป้องกันอันตรายของฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)

 2. ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตัวเอง และสามารถป้องกันตนเองจากจากอันตรายของฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM 2.5)

3. อบต./เทศบาล/รพสต………………………..สามารถป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ทันต่อสถานการณ์

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม*** **(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

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

 🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

 🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

 🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

 🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

 🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

 🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

 🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

 🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน คน

 🖵 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน คน

 🖵 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน คน

 🖵 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน คน

 🖵 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน คน

 🖵 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน คน

 🖵 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน คน

 🖵 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน คน

 🖵 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวน คน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 🖵 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

 🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 🖵 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 🖵 6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 🖵 **8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

 🖵 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

 🖵 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

 🖵 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

 🖵 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

 🖵 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) ...........................................................................................................

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

 🖵 1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

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

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

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **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 (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

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