

## แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ) หน่วยงานบริการ/หน่วยงานของท้องถิ่น มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ใน  
ปีงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ  
เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

### ส่วนที่ 1: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงานโครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)

#### หลักการและเหตุผล

การฝากครรภ์เป็นมาตรการหนึ่งในการบริหารและเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการดูแลครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างน้อย 5 ครั้ง และควรไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารกในภาพรวม รวมทั้งมารดาได้รับการเตรียมในการเลี้ยงดูทารกที่จะเกิดมา ย่อมส่งผลต่อคุณภาพเด็ก ไทยในอนาคต จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการฝากครรภ์ ได้แก่ ระบบบริการ การคมนาคม การย้ายถิ่นที่อยู่ ค่าใช้จ่าย และภาระงาน ส่วนปัจจัยที่กระตุ้นให้ไปฝากครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในเขตตำบล.....พบว่าที่ผ่านมามีหญิงตั้งครรภ์.....คน ได้รับการดูแลครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพียง..... คน และดูแลครบ 5 ครั้ง.....คน หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....มีมาตรการแทรกแซงเพื่ออำนวยความสะดวกให้ครอบครัวหรือหญิงที่รู้ตัวว่าตั้งครรภ์ในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ด้วยการแจกคู่มือเสมือนเป็นใบเบิกทางให้หญิงตั้งครรภ์ใช้เป็นหลักฐานสำหรับการโดยสารรถและรับบริการฝากครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์มอบคู่มือให้เจ้าของรถยนต์และหน่วยบริการภายหลังใช้บริการตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์แต่เนิ่นและอย่างต่อเนื่องที่หน่วยบริการ ซึ่งย่อมเป็นผลดีแก่สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกที่จะเกิดมา รวมถึงต่อความมั่นคง มั่งคั่งของประเทศในอนาคต

#### 1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

- 1.เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์
- 2.เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง

#### ตัวชี้วัด

- 1.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง

กลุ่มเป้าหมาย : หญิงตั้งครรภ์ในเขตเทศบาล/อบต.....จำนวน.....คน

## 2. วิธีดำเนินการ

- 1.จัดทำทะเบียนรายชื่อหญิงตั้งครรภ์และจัดเตรียมคู่มือสำหรับการเข้ารับบริการ.
- 2.ผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์ (TOR)การเข้ารับบริการของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดกับหน่วยบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการนั้น
- 3.ผู้บริหารท้องถิ่นแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาราคากลาง เพื่อตกลงราคาการจ้างเหมาต่อรายเพื่อให้บริการรับฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดกับหน่วยบริการ /สถานบริการและเครือข่ายของหน่วยบริการ/สถานบริการนั้น
- 4.ประชาสัมพันธ์โครงการในพื้นที่เชิญชวนหญิงที่วางแผนหรือกำลังเริ่มตั้งครรภ์เข้าร่วมโครงการ/ลงทะเบียนและรับคู่มือบริการฝากครรภ์5ใบ/คน
- 5.หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการดูแลครรภ์ตามมาตรฐานกับหน่วยบริการที่กำหนด พร้อมส่งมอบคู่มือบริการฝากครรภ์ทุกครั้งที่ได้รับบริการ จนครบกำหนดคลอด
- 6.หน่วยบริการส่งหนังสือและรายงานพร้อมคู่มือเป็นหลักฐานเรียกเก็บเงินจากท้องถิ่น
- 7.ท้องถิ่นตรวจสอบรายงานและคู่มือกับทะเบียน และเบิกจ่ายให้กับหน่วยบริการพร้อมขอหลักฐานใบสำคัญรับเงิน
- 8.สรุปและติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และสรุปผลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

### แผนการดำเนินงาน

| กิจกรรม                                                          | ระยะเวลาดำเนินการ |          |          |          | ผู้รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|----------|----------|--------------|----------|
|                                                                  | ไตรมาส 1          | ไตรมาส 2 | ไตรมาส 3 | ไตรมาส 4 |              |          |
| 1. การเจรจาตกลงกับหน่วยบริการ                                    |                   |          |          |          |              |          |
| 2. การเตรียมระบบทะเบียนและคู่มือ                                 |                   |          |          |          |              |          |
| 3. จัดพิมพ์คู่มือบริการ                                          |                   |          |          |          |              |          |
| 4. การประชาสัมพันธ์โครงการ                                       |                   |          |          |          |              |          |
| 5. รับลงทะเบียนและแจกคู่มือ                                      |                   |          |          |          |              |          |
| 6. ตรวจสอบรายงานและคู่มือและเบิกจ่าย พร้อมลงบัญชี                |                   |          |          |          |              |          |
| 7. ติดตามและสรุปผลรายไตรมาสและเสนอที่ประชุมฯ                     |                   |          |          |          |              |          |
| 8. ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน-สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือแบบสอบถาม |                   |          |          |          |              |          |

## 3. ระยะเวลาดำเนินการ.....

#### 4. สถานที่ดำเนินการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยบริการ

#### 5. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ .....

จำนวน .....บาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าวัสดุ

สำนักงาน.....  
.... บาท

2. ค่าวัสดุโฆษณาและประชาสัมพันธ์

.....บาท

3. ค่าจ้างเหมาบริการฝากครรภ์.(คูปองจำนวน.....ใบ) .....

บาท

4. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ .....

บาท

5. ค่าใช้สอยอื่นๆ .....บาท

(ทุกรายการถ้วนเฉลี่ยจ่าย)

#### การประเมินผล

##### ความสำเร็จของโครงการ พิจารณาจาก

1. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ โดยคิดเป็นร้อยละ (หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดได้จากการสำรวจ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการได้จากทะเบียน)
2. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์เปรียบเทียบกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากคูปองที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย)
3. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ที่คลอดแล้วเปรียบเทียบกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่คลอดแล้วทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากคูปองที่หน่วยบริการเรียกเก็บทะเบียนราษฎร/สูติบัตร – ข้อสังเกต-การดำเนินการปีแรกหญิงที่คลอดภายในปีงบประมาณจะน้อย)
4. จากการสำรวจความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยคิดเป็นร้อยละ (ดำเนินการสอบถามตามแบบที่กำหนดทางโทรศัพท์)

#### 6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มการเข้าถึงบริการของหญิงตั้งครรภ์แรก (อายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ )

7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อบท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

7.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาล.....

☒ 7.1.1หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

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

☒ 7.2.1สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)

☒ 7.3.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก

☒ 7.4.1กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

☒ 7.4.1.2การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

ภาคผนวก

เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับหน่วยบริการ

-หน่วยบริการให้การดูแลครรภ์ตามแนวปฏิบัติและมาตรฐานการบริการฝากครรภ์

-หน่วยบริการเรียกเก็บคูปองจากหญิงตั้งครรภ์โดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่ม

-หน่วยบริการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในคูปองและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากท้องถิ่น

-ท้องถิ่นจ่ายเงินให้หน่วยบริการตามจำนวนคูปองที่เป็นหลักฐาน โดยคูปอง 1 ใบแทนเงิน 200-500 บาท

-อื่นๆตามที่เห็นชอบร่วมกัน

รูปแบบคูปอง

-คูปองบริการฝากครรภ์

คูปองบริการฝากครรภ์เลขที่.....

ออกโดยองค์กรปกครองท้องถิ่น.....

ชื่อ.....นามสกุล.....

ว.ด.ป.ที่รับบริการ..... อายุครรภ์.....สัปดาห์

ทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ (ทำในรูปแบบไฟล์ excel และขยายช่องมากกว่าที่แสดงได้ เช่น เพิ่มช่องการเรียกเก็บจากหน่วยบริการ และเจ้าของรถ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากการดึงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรโดยตรง)

| ลำดับ | ชื่อ<br>นามสกุล | เลข<br>ประชาชน | อายุ<br>ปี | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ |     |      |      |       |         |          | คู่มือ<br>บริการ |      | ลายมือ<br>ชื่อ |
|-------|-----------------|----------------|------------|-----------------------------|-----|------|------|-------|---------|----------|------------------|------|----------------|
|       |                 |                |            | เลขที่                      | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์ | เลขที่           | (ใบ) |                |
|       |                 |                |            |                             |     |      |      |       |         |          |                  |      |                |
|       |                 |                |            |                             |     |      |      |       |         |          |                  |      |                |

การสำรวจความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามให้หญิงตั้งครรภ์ตอบด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์  
ตัวอย่างข้อความแบบสั้น

ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....ได้จัดทำโครงการ.....เพื่ออำนวยความสะดวกแก่  
ท่านในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ และคุณ.....เป็นบุคคลหนึ่งที่เข้าร่วมในโครงการนั้น เพื่อเป็นการ  
พัฒนาปรับปรุงบริการของโครงการ จึงขอความกรุณาจากท่านได้ให้คะแนนความพึงพอใจ โดยกาเครื่องหมาย  
หน้าหมายเลขหรือบอกเลขที่แสดงระดับความพึงพอใจนั้น

- ☐ 1 หมายความว่า พึงพอใจน้อยที่สุด
- ☐ 2 หมายความว่า พึงพอใจน้อย
- ☐ 3 หมายความว่า พึงพอใจปานกลาง
- ☐ 4 หมายความว่า พึงพอใจมาก
- ☐ 5 หมายความว่า พึงพอใจมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง.....

แบบรายงานเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายพร้อมแนบคู่มือเป็นหลักฐาน

| ลำดับ | ชื่อ-นามสกุล | ที่อยู่ | รับบริการฝาก<br>ครรภ์(ครั้ง) | หมายเหตุ |
|-------|--------------|---------|------------------------------|----------|
|       |              |         |                              |          |
|       |              |         |                              |          |
|       |              |         |                              |          |