

**-ตัวอย่าง-**

**โครงการค้นหาคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit  
ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง**

เรื่อง ขอเสนอโครงการค้นหาคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit  
ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....

ด้วย หน่วยงาน อปท...มีความประสงค์จะทำ โครงการค้นหาคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ในปีงบประมาณ ....-xxxx-..... โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ.....เป็นเงิน.....-xxxxxxx-.....บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้

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

**1.หลักการและเหตุผล**

ด้วยในปัจจุบัน สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ยังมีอยู่ ทั้งที่เกิดขึ้นในประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก ทราบกันดีว่าเป็นโรคติดต่ออันตราย เป็นเหตุให้รัฐบาลไทยต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร นอกจากนี้ รัฐบาลไทยได้ออกพระราชกำหนดเพื่อใช้ในการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยวางมาตรการที่พึงปฏิบัติสำหรับบุคคลบางประเภท ซึ่งกำหนดให้เป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ง่าย อยู่ในเคหสถานหรือบริเวณสถานที่พักของตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก จากสถานการณ์การระบาดในตอนนี้ สายพันธุ์เดลต้า จะกลายเป็นสายพันธุ์หลักในระบาดอย่างรวดเร็วและคงระบาดอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการค้นหาตรวจโควิดเชิงรุก

จึงจำเป็นต้องปรับกระบวนการโดยจัดให้มีกิจกรรมค้นหาสำรวจประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อเข้าสู่ระบบการคัดกรองตรวจหาเชื้อโควิด - 19 และเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลและครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงและครอบครัวได้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติด้านสุขอนามัยที่กรมควบคุมโรคได้จัดให้มีโครงการนี้

**2.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ได้รับการเฝ้าระวังติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ความรู้ด้านระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เพื่อไม่ให้เป็นพาหะนำโรคระบาด ในชุมชนได้

2. เพื่อให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ได้รับคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kitและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทัศนคติให้สามารถลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดติดเชื้อโรคโควิด-19 อาจเกิดขึ้นได้ในชุมชน

**3. วิธีดำเนินการ**

1. เทศบาล/อบต.ได้รับความเห็นชอบจาก ศบค.จังหวัด ในการลงพื้นที่ตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจ  
โควิด Antigen Test Kit

2. เทศบาล/อบต. ได้ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพร้อมวางแผนรับมือกับผู้ป่วยโควิดที่ตรวจเจอ

3. เทศบาล/อบต. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้จัดตั้งศูนย์พักคอยรอเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยแล้ว

4. ประชุมสมาชิก(ทีมงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง) อสม.หรือแกนนำชุมชน เพื่อแสดงความเห็นความต้องการ  
ในการกำหนดมาตรการคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit สมาชิก

5. จัดทำแผนวิธีการดำเนินงานโครงการและเขียนโครงการ เสนอโครงการขอรับเงินสนับสนุนจาก  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ

6. อบท.ออกคำสั่งแต่งตั้ง เจ้าหน้าที่/อสม./แกนชุมชน/และผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นเจ้าพนักงานควบคุม  
โรคติดต่อในพื้นที่

7. ลงพื้นที่คัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit

8. เมื่อมีผลตรวจจากการคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit

9. เทศบาล/อบต. ประสานโรงพยาบาลในพื้นที่เพื่อส่งผลตรวจยืนยันซ้ำด้วยวิธี RT-PCR

10.สรุปผลดำเนินงานโครงการนำส่งคณะกรรมการกองทุนฯ

#### 4. ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างวันที่ ..... เดือน กันยายน 2564

#### 5. สถานที่ดำเนินการ

เขตพื้นที่ เทศบาล/อบต.

#### 6. กลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เทศบาล/อบต. จำนวน.....คน

#### 7. งบประมาณ

ขอสนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ ..... รวมจำนวน .... บาท รายละเอียด  
ดังนี้

##### กิจกรรมค้นหาคัดกรอง

- ค่าชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit จำนวน ชุด (คำนวณจากกลุ่มเป้าหมาย) เป็นเงิน

บาท

- ค่าน้ำดื่มสำหรับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน ... คน ๆ ละ xxx บาท/วัน จำนวน xxx วัน เป็นเงิน xxxx บาท

- ค่าหน้ากากอนามัย เป็นเงิน xxxxx บาท

- ค่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน (อ้างอิงระเบียบ อบท 240 บาท ต่อวัน/ต่อคน

เป็นเงิน บาท

- ค่าเจลล้างมือ จำนวน..... เป็นเงิน xxxxx บาท

- ค่าชุด PPE ป้องกันเชื้อไวรัส - เชื้อโรค และสารเคมี จำนวน..... เป็นเงิน xxxxx บาท

- ค่าน้ำยาฆ่าเชื้อ จำนวน..... เป็นเงิน xxxxx บาท

- ถุงมือยางป้องกันเชื้อโรค จำนวน.....เป็นเงิน xxxxx บาท

- ค่าเอกสารและค่าวัสดุในโครงการ เช่น เอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการระบาด/ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-๑๙ แผ่นพับ โปสเตอร์/ไฟสการ์ด เอกสารอื่น จำนวน ..... บาท

รวมเป็นเงินทั้งหมด.....บาท

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยได้

## 8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับคัดกรองเชิงรุกด้วยชุดตรวจโควิด Antigen Test Kit และเฝ้าระวังติดตามรายงานผลอย่างต่อเนื่อง
- สามารถควบคุมป้องกันโรคระบาดโควิด -19 ในชุมชนและตำบลใกล้เคียงได้

## 9. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

9.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ

10) ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน).....

- ☐ 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)]

9.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

- ☐ 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]
- ☐ 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]
- ☐ 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]
- ☐ 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]
- ☐ 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

9.3 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

ลงชื่อ.....ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....