**แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา**

|  |  |
| --- | --- |
| **รหัสโครงการ** | **60 – L8402 – 2 - 12****ปี-รหัสกองทุน 5 ตัว-ประเภท-ลำดับโครงการในหมวด** |
| **ชื่อโครงการ/กิจกรรม** | อาหารสะอาด ปลอดภัยได้มาตรฐาน สู่รั้วตลาดซุ้มหลวงเสด็จ |
| **ชื่อกองทุน** | กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลคูหาใต้ |
|   |  สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)] สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)] สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)] สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)] สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)] |
| *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* |  หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่นโรงเรียน กองการศึกษาฯ กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน |
| **ชื่อองค์กร/กลุ่มคน (5 คน)** | ชื่อองค์กร ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2กลุ่มคน (ระบุ 5 คน)1 นางสาวนิษฐา คงทอง2 นางสุชีพ นาคสั่ว3 นางภรทิพย์ ทองจันทร์แก้ว4 นางสุพรรณ สุเณ5 นางมณินทร สูตรแก้ว |
| **วันอนุมัติ** | **26 กรกฎาคม 2560** |
| **ระยะเวลาดำเนินโครงการ** | ตั้งแต่ กรกฎาคม 2560 ถึง กันยายน 2560 |
| **งบประมาณ** | จำนวน 26,900 บาท |
| **หลักการและเหตุผล** ในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญเรื่องอาหารปลอดภัยมากขึ้น และได้มีการนำไปเป็นนโยบายสำคัญในระดับประเทศ เนื่องด้วย“อาหาร”เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต การบริโภคอาหารเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโตและสามารถดำรงอยู่โดยปกติสุข ดังนั้นการบริโภคอาหารจึงควรต้องพิจารณาด้านความสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรคและการปนเปื้อน ด้วยอาหารอาจเป็นพาหะหรือตัวนำอันตรายที่เรามองไม่เห็นเข้าสู่ร่างกาย พิษภัยที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงแค่คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย แล้วก็หายไปในระยะเวลาสั้นๆ แต่บางกรณีอาจมีอาการรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หรืออาจเกิดการสะสมของสารพิษจนเกิดการเจ็บป่วยได้ในอนาคต ซึ่งการเจ็บป่วยแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อร่างกายและเศรษฐกิจทั้งของรัฐและผู้ป่วย โดยรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายต่างๆในการรักษาพยาบาลโรคระบบทางเดินอาหารอันเกิดจากอาหารเป็นพิษนั้นสามารถป้องกันได้ เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคหรือสารที่เป็นอันตราย ซึ่งหากรู้จักเลือกรับประทานอาหาร ก็สามารถป้องกันตนเองให้ปลอดภัยได้ทางหนึ่ง ปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการรับประทานอาหารเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งได้ดังนี้ 1)การเกิดอาหารเป็นพิษเนื่องจากเชื้อจุลินทรีย์ 2)การเกิดสารประกอบที่เป็นอันตรายจากการผลิตหรือปรุงอาหาร 3)การใช้วัตถุเจือปนอาหารผิดวัตถุประสงค์ หรือปริมาณไม่เหมาะสม ซึ่งหากได้มีการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ที่มีหน้าที่ในการจัดเตรียมและประกอบอาหาร การสร้างทัศนคติที่ดี และหากมีการตรวจประเมินร้านและแผงจำหน่ายอาหารอย่างต่อเนื่อง ก็สามารถที่จะลดจำนวนและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร รวมถึงการยกระดับร้านและแผงจำหน่ายอาหารให้เกิดความปลอดภัยในการบริโภค สะอาดถูกสุขลักษณะได้มาตรฐาน ทั้งยังเป็นการสร้างชื่อเสียงแก่ตำบลดังนั้น เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภคด้านอาหารให้ได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัย และพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบกิจการแผงจำหน่ายอาหาร พร้อมทั้งยกระดับมาตรฐานของร้านและแผงจำหน่ายอาหาร จึงต้องมีการให้ความรู้ สร้างทัศนคติ ปลูกฝั่งจิตสำนึกที่ดีแก่ผู้ประกอบการ รวมถึงพัฒนาแผงจำหน่ายอาหารในตลาดซุ้มหลวงเสด็จให้ถูกตามหลักสุขาภิบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2 จึงจัดทำโครงการนี้ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาข้างต้น อีกทั้งเพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานแผงจำหน่ายอาหารในพื้นที่ตลาดซุ้มหลวงเสด็จให้มีคุณภาพ เกิดความปลอดภัยในการบริโภค และสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้บริโภค          |
| **วิธีดำเนินการ** ***๑. ขั้นเตรียมการ***๑.๑ ประชุมเจ้าหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางในการดำเนินโครงการ๑.๒ เขียนโครงการเพื่อพิจารณาอนุมัติ  ๑.๓ จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์และแผ่นผับในการให้ความรู้***๒. ขั้นดำเนินการ***  2.1 จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2 เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ชุดตรวจสารปนเปื้อน ปนเปื้อน (Ecoli) โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนขัน  ๒.2 ประสานงานผู้ประกอบการร้านอาหารในแผงจำหน่ายอาหาร เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจแผงจำหน่ายอาหาร๒.3 ลงพื้นที่สุ่มตรวจครั้งที่ 1 โดยการประเมินแผงจำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งตรวจการปนเปื้อน (Ecoli) จากมือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะใส่อาหาร และภาชนะสัมผัสอาหาร เพื่อตรวจสอบ Ecoli โดยทีมประเมินประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2 เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนขันและเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลคูหาใต้๒**.**4 แจกแผ่นผับเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหาร ๒.5 ลงพื้นที่สุ่มตรวจครั้งที่ 2 โดยการประเมินแผงจำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งตรวจการปนเปื้อน (Ecoli) จากมือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะใส่อาหาร และภาชนะสัมผัสอาหาร เพื่อตรวจสอบ Ecoli โดยทีมประเมินประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2 เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนขันและเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลคูหาใต้***๓. ขั้นประเมินผล*** ๓.๑ สรุปปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ๓.๒ สรุปผลการปฏิบัติงานโครงการ และประเมินผลโครงการ |
|  **ผลที่คาดว่าจะได้รับ** ๑. ผู้ประกอบกิจการแผงจำหน่ายอาหารมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร  ๒. ผู้ประกอบกิจการแผงจำหน่ายอาหารมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องสุขาภิบาลอาหาร ๓. ผู้บริโภคได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารลดลง และไม่ผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง และอหิวาตกโรค ที่เกิดจากการได้รับเชื้อในพื้นที่ตำบลคูหาใต้  ๔. ผู้บริโภคมีความมั่นใจในการบริโภคอาหารในร้านที่ผ่านเกณฑ์ และสร้างชื่อเสียงแก่ตำบลคูหาใต้ |
| **เป้าหมาย/วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัด** |
| **วัตถุประสงค์โดยตรง** |
| **วัตถุประสงค์**ข้อที่ 1. เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพผู้บริโภคด้านอาหารให้ได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัย | **ตัวชี้วัดความสำเร็จ**1. ผู้บริโภคได้รับประทานอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| ข้อที่ 2. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบกิจการแผงจำหน่ายอาหาร ในเขตพื้นที่ตลาดซุ้มหลวงเสด็จให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร | 1.ผู้ประกอบกิจการแผงจำหน่ายอาหารมีทัศนคติ (Attitude) ที่ดีในเรื่องสุขาภิบาลอาหารไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| ข้อที่ 3. เพื่อป้องกันและระงับโรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร จากร้านและแผงจำหน่ายอาหาร ในเขตพื้นที่ตำบลคูหาใต้ | 1. มีการตรวจพบสารปนเปื้อน (Ecoli) ไม่เกินร้อยละ 10 ของตัวอย่างทั้งหมดที่ได้ดำเนินการสุ่มตรวจ |

**กิจกรรมหลักและกิจกรรมย่อย**

| **ระบุชนิดกิจกรรมหลัก เช่น ประชุม รณรงค์ จัดบริการ การจัดซื้อ** | **งบประมาณ** | **ระบุเวลา** |
| --- | --- | --- |
| 1.จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2 เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ชุดตรวจสารปนเปื้อน ปนเปื้อน (Ecoli) โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนขัน | 1.ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 2 ชั่วโมงๆละ 600 บาท เป็นเงิน 1,200 บาท2.ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มจำนวน 20 ชิ้นๆละ 25 บาท เป็นเงิน 500 บาท | 18 ส.ค. 6013.00-16.00 น. |
| 2.ประสานงานผู้ประกอบการร้านหรือผู้สัมผัสอาหารในแผงจำหน่ายอาหาร เพื่อให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจแผงจำหน่ายอาหาร | ค่าไวนิล สื่อประชาสัมพันธ์โครงการฯ ขนาด 1.2 X 2.4 เมตร จำนวน 1 ผืนๆละ 600 บาท เป็นเงิน 600 บาท | 20 ส.ค. 60 |
| 3.ลงพื้นที่สุ่มตรวจครั้งที่ 1 โดยการประเมินแผงจำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งตรวจการปนเปื้อน (Ecoli) จากมือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะใส่อาหาร และภาชนะสัมผัสอาหาร เพื่อตรวจสอบ Ecoli โดยทีมประเมินประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2 เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนขันและเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลคูหาใต้ | 1.ค่าจัดซื้อชุดตรวจสารปนเปื้อน (Ecoli)จำนวน 12 ชุดๆละ 950 บาทเป็นเงิน 11,400 บาท2.ค่าจัดซื้อแอลกอฮอล์ 70%จำนวน 2 ขวดๆละ 65 บาทเป็นเงิน 130 บาท3.ค่าไม่พันสำลีฆ่าเชื้อจำนวน 6 ห่อๆละ 50 บาทเป็นเงิน 300 บาท4.ตะเกียงแอลกอฮอล์จำนวน 1 อันๆละ 145 บาทเป็นเงิน 145 บาท | 27 ส.ค. 60 |
| 3.1 กิจกรรมย่อย ดำเนินการแจกแผ่นผับเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารแก่ผู้ประกอบการแผงจำหน่ายอาหาร  | แผ่นพับประชาสัมพันธ์และให้สุขศึกษา จำนวน 250 แผ่นๆละ 1 บาท เป็นเงิน 250 บาท | 27 ส.ค. 60 |
| 4.ลงพื้นที่สุ่มตรวจครั้งที่ 2 โดยการประเมินแผงจำหน่ายอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งตรวจการปนเปื้อน (Ecoli) จากมือผู้สัมผัสอาหาร ภาชนะใส่อาหาร และภาชนะสัมผัสอาหาร เพื่อตรวจสอบ Ecoli โดยทีมประเมินประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2 เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนขันและเจ้าหน้าที่จากเทศบาลตำบลคูหาใต้ | 1.ค่าจัดซื้อชุดตรวจสารปนเปื้อน (Ecoli)จำนวน 12 ชุดๆละ 950 บาทเป็นเงิน 11,400 บาท2.ค่าจัดซื้อแอลกอฮอล์ 70%จำนวน 2 ขวดๆละ 65 บาทเป็นเงิน 130 บาท3.ค่าไม่พันสำลีฆ่าเชื้อจำนวน 6 ห่อๆละ 50 บาทเป็นเงิน 300 บาท4.ตะเกียงแอลกอฮอล์จำนวน 1 อันๆละ 145 บาทเป็นเงิน 145 บาท | 24 ก.ย. 60 |
|  | **รวม 26,900 บาท** |  |

**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 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ที่ 2

 7.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 7.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 7.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 7.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

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

 7.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 7(2)]

 7.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 7(3)]

 7.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 7.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 7(5)]

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

 7.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 7.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 7.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 7.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 7.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 7.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 7.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 7.4.7.6 อื่นๆ (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

 **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. ....................................................