**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน(ระบุชื่อ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะมีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว เป็นเงิน๕,๙๕๐ บาท (ห้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาท) โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ ๑: รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**ลงรายละเอียด)**

**๑. หลักการและเหตุผล**

 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เป็นงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับประชาชน และต่อสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ มีความครอบคลุมในเรื่องของความปลอดภัย คุณภาพมาตรฐาน การประกอบธุรกิจและการโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ โดยในปัจจุบันพบการ ปนเปื้อนของอาหารจากสารที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้บริโภคในหลายพื้นที่ของประเทศ ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภค โดยสารปนเปื้อนในอาหารที่พบมากคือ สารบอแรกซ์ สารฟอกขาว สารกันรา สารฟอร์มาลิน และสารโพล่าร์ในน้ำมันทอดซ้ำ ซึ่งปนเปื้อนกับอาหารที่ผู้บริโภคโดยส่วนใหญ่นิยมรับประทาน ทั้งนี้ผู้จำหน่ายบางรายอาจไม่ทราบถึงผลิตภัณฑ์ที่ตนเองจำหน่ายว่ามีการปนเปื้อนสารเหล่านี้อยู่ หรือบางรายอาจทราบแต่ยังไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค ซึ่งหากทราบถึงปัญหา จะได้มีการดำเนินการแก้ไข และทำการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อการใส่สารดังกล่าวให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัย ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายมีความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคให้มากขึ้น

 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้นมาเพื่อให้มีการทราบถึงปัญหาที่พบและเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับท้องถิ่น รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบถึงอันตรายที่เกิดจากการใส่สารปนเปื้อน ดังกล่าวต่อไป

 **วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 ๑.เพื่อตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร

 ๒.เพื่อให้ประชาชนได้บริโภคอาหาร ที่ปลอดภัยจากสารปนเปื้อนทั้ง ๕ ชนิด

**๒. วิธีดำเนินการ**

 ๑. เขียนโครงการเสนอต่อผู้บริหารเพื่อขออนุมัติโครงการเข้าบรรจุในแผนและขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว

 ๒. สำรวจข้อมูลและขึ้นทะเบียนร้านแผงลอยและร้านจำหน่ายอาหารสดในชุมชน

 ๓.ประชุมชี้แจงโครงการฯ ให้ผู้ประกอบการร้านแผงลอย ร้านจำหน่ายอาหารสดและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อขอความร่วมมือขับเคลื่อนโครงการฯ และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆในหมู่บ้าน

 ๔.ดำเนินการตรวจประเมินด้านอาหารปลอดภัย (สารปนเปื้อน ๕ ชนิด )และสรุปผล

 ๕.สรุปและประเมินผลโครงการ

-๒-

**๓. ระยะเวลาดำเนินการ**

 มกราคม – กันยายน๒๕๖๐

**๔. สถานที่ดำเนินการ**

 ร้านแผงลอยและร้านจำหน่ายอาหารสด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล- บ้านท่าเหนาะ ตำบลคลองทรายขาว อำเภอกงหรา

**๕. งบประมาณ**

##  จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว จำนวน ๕,๙๕๐ บาทรายละเอียดตามกิจกรรม ดังนี้

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๘๐ คน X ๑ มื้อX ๒๐ บาท

 เป็นเงิน ๑,๖๐๐ บาท

-ค่าชุดทดสอบสารปนเปื้อนในอาหาร ๕ ชนิด เป็นเงิน ๓,๖๕๐บาท

- ค่าป้ายประชาสัมพันธ์โครงการจำนวน ๑ ป้ายๆละ ๗๐๐ บาท เป็นเงิน ๗๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๕,๙๕๐ บาท (ห้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาท)

(ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้)

**๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 ๑.ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยในการบริโภคอาหารมากขึ้น

 ๒.ผู้จำหน่ายให้ความเอาใจใส่ในการคัดเลือกคุณภาพของอาหารที่จะนำมาจำหน่าย

**๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง ๑รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

*๗.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.*๒๕๕๗ ข้อ ๗)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะ

 ๗.๑.๑หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 ๗.๑.๒หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 ๗.๑.๓หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 ๗.๑.๔หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 ๗.๑.๕กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**๗.๒ ประเภทการสนับสนุน(ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๗)**

 ๗.๒.๑สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข

 [ข้อ ๗(๑)]

 ๗.๒.๒สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]

 -๓-

๗.๒.๓สนับสนุนการจัดกิจกรรมของศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ ๗(๓)]

 ๗.๒.๔สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

 ๗.๒.๕สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ ๗(๕)]

**๗.๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. ๒๕๕๗)**

 ๗.๓.๑กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ๗.๓.๒กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 ๗.๓.๓กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 ๗.๓.๔กลุ่มวัยทำงาน

 ๗.๓.๕.๑กลุ่มผู้สูงอายุ

 ๗.๓.๕.๒กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 ๗.๓.๖กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 ๗.๓.๗กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๓.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

**๗.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 ๗.๔.๑กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ๗.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๑.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๑.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 ๗.๔.๑.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๑.๕การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๗.๔.๑.๖การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 ๗.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 ๗.๔.๑.๘อื่นๆ (ระบุ) ..............................................................................................

 ๗.๔.๒กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 ๗.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๒.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๒.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๗.๔.๒.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๒.๕การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและ

 อารมณ์

 ๗.๔.๒.๖การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 ๗.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 ๗.๔.๒.๘อื่นๆ (ระบุ) ...................................................................................................

-๔-

 ๗.๔.๓กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 ๗.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๓.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๓.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๗.๔.๓.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๓.๕การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและ

 อารมณ์

 ๗.๔.๓.๖การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 ๗.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 ๗.๔.๓.๘การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 ๗.๔.๓.๙อื่นๆ (ระบุ) .........................................................................................................

 ๗.๔.๔กลุ่มวัยทำงาน

 ๗.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๔.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๔.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๗.๔.๔.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๔.๕การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม

 ในการทำงาน

 ๗.๔.๔.๖การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 ๗.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 ๗.๔.๔.๘การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 ๗.๔.๔.๙อื่นๆ (ระบุ) .........................................................................................................

 ๗.๔.๕กลุ่มผู้สูงอายุ

 ๗.๔.๕.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๕.๑.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๕.๑.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๗.๔.๕.๑.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๕.๑.๕การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

๗.๔.๕.๑.๖การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 ๗.๔.๕.๑.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 ๗.๔.๕.๑.๘อื่นๆ (ระบุ) ......................................................................................................

 ๗.๔.๕.๒กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 ๗.๔.๕.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๕.๒.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๕.๒.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

-๕-

 ๗.๔.๕.๒.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๕.๒.๕การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 ๗.๔.๕.๒.๖การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 ๗.๔.๕.๒.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 ๗.๔.๕.๒.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 ๗.๔.๕.๒.๙อื่นๆ (ระบุ) ......................................................................................................

 ๗.๔.๖กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 ๗.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๖.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๖.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๗.๔.๖.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๖.๕การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 ๗.๔.๖.๖การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 ๗.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 ๗.๔.๖.๘อื่นๆ (ระบุ) ..........................................................................................................

 ๗.๔.๗กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๗.๔.๗.๒การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๗.๔.๗.๓การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๗.๔.๗.๔การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๗.๔.๗.๕การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 ๗.๔.๗.๖อื่นๆ (ระบุ) ..........................................................................................................

 ๗.๔.๘ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ ๗(๔)]

 ๗.๔.๘.๑ อื่นๆ (ระบุ) ........................................................................................................

 ลงชื่อ...............................................................ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

(นางสาวสุพัตรา หนูชู)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

วันที่ ๑๐ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

-๖-

**ส่วนที่ ๒: ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม(สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว
ครั้งที่ ........ /……………เมื่อวันที่................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 🗆**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารปลอดภัย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน ๕,๙๕๐บาท

 เพราะ...............................................................................................................................................

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

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ...............................................................................................................................................

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

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................
..............................................................................................................................................................................

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม**(ส่วนที่ ๓)**ภายในวันที่ ………………………………………………….........

 ลงชื่อ....................................................................

(นายนิรันดร์ ออสันตินุตสกุล)

ตำแหน่ง ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลคลองทรายขาว

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

-๗-

**ส่วนที่ ๓: แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ(สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

**๑. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

**๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๒.๑การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ.............................................................................................................................................................................

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

๒.๒จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน

**๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ .................................................บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง .................................................บาทคิดเป็นร้อยละ....................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ .................................................บาทคิดเป็นร้อยละ...................

**๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎ไม่มี

 🞎มี

 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .............................................................................................................................................................................

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

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ)....................................................................................................................................................................

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

ลงชื่อ........................................................................ผู้รายงาน

 (.........................................................................)

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

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