**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปากในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะร่วมกับชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะ มีความประสงค์จะจัดทำโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปากในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีในปีงบประมาณ๒๕๖๐โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว เป็นเงิน๔,๔๐๐บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**๑. หลักการและเหตุผล**

ในปัจจุบันมีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีมากกว่าร้อยละ ๖๐ เป็นเด็กก่อนวัยเรียน เด็กก่อนวัยเรียนจํานวนกว่า๗๐๐,๐๐๐ คน ต้องถูกฝากเลี้ยงไว้ในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจํานวนมาก เมื่อเจ็บป่วยจะสามารถแพร่เชื้อโรคติดต่อสู่กันได้ง่าย ในเด็กเล็กมีภูมิต้านทานต่ำจะป่วยได้บ่อยโรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจโรคมือเท้า ปากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวมของเด็ก การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก อาจต้องปิดโรงเรียน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ปกครองต้องหยุดงาน เพื่อดูแลเด็กที่บ้าน ทําให้ขาดรายได้จึงจําเป็นต้องให้ความสําคัญกับการดําเนินงานด้านการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากจะช่วยลดการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โรคมือ เท้า ปาก และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแล้วยังเป็นการเตรียมความพร้อมรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะ ได้เล็งเห็นความสําคัญของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก การดําเนินงานสานต่อ เชื่อมโยงในเรื่องการเฝ้าระวังโรค การป้องกันควบคุมโรคไม่ให้โรคแพร่กระจาย และลดการป่วยของเด็ก ตลอดถึงการศึกษาและพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรค โรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์เด็กเล็ก ไม่ให้โรคแพร่กระจาย และลดการป่วยของเด็กในศูนย์เด็กเล็กอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั่วถึงเด็กในที่บ้านครัวเรือนพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดต่อไปด้วย

**วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๑. เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก

๒. เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก

**๒. วิธีดำเนินการ**

๑. ประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรค มือ เท้า ปาก แก่ประชาชนโดยใช้ไวนิล หอกระจายข่าวหมู่บ้าน

และอสม.

๒. ให้สุขศึกษา เรื่องการป้องกันโรคมือ เท้า ปากแก่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี

โดยใช้แผ่นพับเมื่อมารับบริการที่ รพ.สต. และผ่าน อสม.

๓. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก แก่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กใน ศพด.

๔. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ

**๓. ระยะเวลาดำเนินการ**

มิถุนายน– กรกฎาคม๒๕๖๐

**๔. สถานที่ดำเนินการ**

- หมู่ที่ ๓ , ๕ และ ๖ ตำบลคลองทรายขาวอำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะ

- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านท่าเหนาะและบ้านทอนตรน

**๕. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาวจำนวน๔,๔๐๐บาท รายละเอียด ดังนี้

- ค่าสื่อเอกสารประชาสัมพันธ์(แผ่นพับ) จำนวน ๓๐๐ แผ่นแผ่นละ ๑ บาท เป็นเงิน ๓๐๐บาท

- ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่มสำหรับผู้เข้ารับการอบรมและผู้จัด จำนวน ๑๐๐คนๆละ ๒๐บาท เป็นเงิน ๒,๐๐๐บาท

- ค่าป้ายไวนิลรณรงค์ป้องกันโรคมือ เท้า ปากจำนวน ๓ป้ายๆละ ๗๐๐บาท เป็นเงิน ๒,๑๐๐บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๔๐๐ บาท (สี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

**๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๑. ประชาชนและกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ร้อยละ ๘๐

๒. อัตราป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปากของ รพ.สต.บ้านท่าเหนาะ น้อยกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี

**๗. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

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

ชื่อหน่วยงานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะ

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)**

๗.๒.๑สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ ๗(๑)]

๗.๒.๒สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ ๗(๒)]

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 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

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/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

๗.๔.๒.๖การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

๗.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

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

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/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

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) ..........................................................................................................

๗.๔.๕.๑กลุ่มผู้สูงอายุ

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

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

(นายอุเส็น หนูหนุด)

ตำแหน่งประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าเหนาะ

วันที่-เดือน-พ.ศ. ๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

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

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลคลองทรายขาว  
ครั้งที่ ........... / ๒๕๖๐เมื่อวันที่............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปากในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี จำนวน ๔,๔๐๐บาท

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

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

**ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

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

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

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

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

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

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

-๗-

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

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

**๑. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**๒. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

🞎บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

🞎ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เพราะ..........................................................................................

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

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