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