**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ .......................................................................**

ตำบลบาลอ

โครงการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ตำบลบาลอ ปี 2562

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ....................................................................................................................

ตำบลบาลอ

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ......................................................................................................

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) .............................................................................. มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................................................................................. ในปีงบประมาณ ............................ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ..……………..… …................................................. เป็นเงิน .................................. บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

โครงการส่งเสริมโภชนาการและพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ตำบลบาลอ ปี 2562

11,800.00

ตำบลบาลอ

2562

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

**หลักการและเหตุผล**

การส่งเสริมพัฒนาการในเด็ก เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้เด็กมีความเจริญเติบโต มีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์แข็งแรง มีพัฒนาการสมวัยเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อประเทศชาติต่อไป ขณะเดียวกัน ถ้าหากมีภาวะทุพโภชนาการในพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เด็กมีสุขภาพที่อ่อนแอ สุขภาพไม่แข็งแรง ส่งผลทำให้มีพัฒนาการไม่สมวัย และจะทำให้ประเทศชาติไม่มีบุคลากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศต่อไป

จากการดำเนินงาน 3 ปี ย้อนหลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ มีการดำเนินงานประเมินพัฒนาการเด็กในคลินิกเด็กดี พบปัญหา เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในปี 2559 2560 และ 2561 ร้อยละ 12.09 21.21 และ 25.56 ตามลำดับ ทำให้การดำเนินการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กในแต่ละเดือนไม่ได้ตามที่กระทรวงกำหนด ซึ่งเด็ก 0 – 5 ปี ต้องได้รับการตรวจพัฒนาการร้อยละ 80 รวมทั้งผู้ปกครองยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการประเมินพัฒนาการ และการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในด้านต่าง ๆ

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้นมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหา คัดกรอง /เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0 – 5 ปี

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อให้เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการตามเกณฑ์

 1. ...................................................................................................................................................................

เพื่อให้เด็ก 0 - 5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและการกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกต้อง

 2. ...................................................................................................................................................................

เพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้ปกครอง ให้มีความรู้ด้านโภชนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี

 3. ...................................................................................................................................................................

**ตัวชี้วัด** 1. เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80

**2. วิธีดำเนินการ**

ประชุมชี้แจง

 1. ...................................................................................................................................................................

จัดอบรมผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ในเขตรับผิดชอบเรื่องเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

 2. ...................................................................................................................................................................

เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอสม. ในเขตรับผิดชอบติดตามกลุ่มเป้าหมาย

 3. ...................................................................................................................................................................

ประเมินภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก

3.1 ................................................................................................................................................... 3.2...................................................................................................................................................

ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือ DSPM



เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นอย่างถูกต้อง

3.3...................................................................................................................................................

สรุปผลการดำเนินงาน

4...............................................................................................................................................................

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

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

**4. สถานที่ดำเนินการ**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

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

**5. งบประมาณ**

ตำบลบาลอ

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ....................................................................................................
จำนวน ................................. บาท รายละเอียด ดังนี้

อาหารว่างและเครื่องดื่ม ( 25 บาท x 2 มื้อ x 100 คน )

 5,000.00

11,800.00

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ....................... บาท

อาหารกลางวัน ( 50 บาท x 1 มื้อ x 100 คน )

 5,000.00

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ....................... บาท

 1,800.00

ตอบแทนวิทยากร ( 6 ชม.x 300 บาท)

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ....................... บาท

หมายเหตุ ทุกรายการสามารถถั่วเฉลี่ยกันได้

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

เด็ก 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80

 1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ได้รับการติดตามคัดกรองซ้ำ ภายใน 1 เดือน ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต

 2. ...................................................................................................................................................................

อสม. ผู้ปกครอง ให้มีความรู้ด้านโภชนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี

 3. ...................................................................................................................................................................

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.2557 ข้อ7)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ...........................................................................................................................

/

 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 [ข้อ7(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**

 7.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 7.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 7.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 7.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 7.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 7.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 7.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 7.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 7.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

/

 7.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

/

 7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 7.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 7.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 7.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 7.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 7.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 7.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 7.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 7.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 7.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 7.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 7.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 7.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 7.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 7.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 7.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 7.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 7.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 7.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 7.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 7.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 7.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 7.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 7.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

 7.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 7(4)]

 7.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

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

นางนงนุช ยวงใย

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

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาลอ

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

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

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

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

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

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

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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