**ยแบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน**

**เรื่อง** ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **ฟันสวย ยิ้มใส**

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน

 ด้วยหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) **โรงเรียนบ้านบือจะ** มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ฟันสวย ยิ้มใส ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน เป็นเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน / โครงการ /กิจกรรม ดังนี้

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

**๑. หลักการและเหตุผล**

เยาวชนในยุคปัจจุบัน มีการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ขนมขบเคี้ยวและอื่น ๆ กันอย่างแพร่หลาย ขนมแต่ละชนิดมีส่วนผสมของน้ำตาลในปริมาณที่มาก โดยเฉพาะลูกอม ซึ่งมีส่วนผสมของน้ำตาลและมีสีสันสวยงาม ทำให้ดึงดูดให้เด็กชอบอยากจะซื้อมารับประทานอยู่เสมอ หากนักเรียนซื้อขนมขบเคี้ยวมากินแล้วไม่รักษา ไม่ดูแลสุขภาพภายในช่อปาก ไม่แปรงฟันหรือแปรงฟันไม่ถูกวิธี อาจส่งผลทำให้สุภาพภายในช่องปากเสีย ฟันผุ เป็นต้น

ดังนั้นทางโรงเรียนบ้านบือจะจึงจัดโครงการ **ฟันสวย ยิ้มใส** ขึ้นในโรงเรียน เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนรักษาสุขภาพปากและฟันของตนเองจนเกิดเป็นนิสัย

**๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๒.๑ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนรักษาสุภาพปากและฟันของตนเอง

๒.๒ เพื่อให้นักเรียนรู้ถึงโทษของการรับประทานอาหารหวาน ขนมคบเคี้ยวและอื่น ๆ และโทษของการไม่รักษาสุขภาพภายในช่องปาก

๒.๓ เพื่อให้นักเรียนรู้วิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธี

๒.๔ เพื่อให้นักเรียนรู้วิธีการตรวจฟันของตนเอง

**๓. วิธีดำเนินการ**

๓.๑ นำเสนอโครงการในที่ประชุมเพื่อขออนุมัติ

๓.๒ ออกคำสั่งการดำเนินโครงการ

๓.๓ ติดต่อประสานงานวิทยากร

 - ออกหนังสือเชิญวิทยากรเพื่อมาให้ความรู้แก่นักเรียน

๓.๔ ดำเนินโครงการ

- ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒ นักเรียนทำกิจกรรมการแปรงฟันทุกวันหลังจากรับประทานอาหารกลางวันเสร็จ

- นักเรียนจัดบอร์ดหน้าห้องเรียนเกี่ยวกับฟัน

- เชิญวิทยากร(ทันตแพทย์)มาให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องฟัน

- ประกวดหนูน้อยฟันสวย

๓.๕ สรุปและประเมินผล

**๔. ระยะเวลาดำเนินการ**

1. ตุลาคม ๒๕๖๑ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๒

**๕. สถานที่ดำเนินการ**

โรงเรียนบ้านบือจะ

**๖. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ**องค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน** 14,679 บาท รายละเอียด ดังนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **รายการ** | **บาท/หน่วย** | **จำนวน** | **รวมเงิน** |
| 123456789101112131415161718192021 | แปรงสีฟันเด็กแปรงสีฟันใหญ่แก้วน้ำใหญ่ยาสีฟันไวนิลของขวัญวิทยากรรางวัลสำหรับเด็กฟันสวยกระดาษดับเบิ้ล เอ กระดาษชาร์ทสี A4ผ้าขนหนูกระดาษชาร์ทสีแผ่นใหญ่พลาสติกหุ้มบอร์ดกาว TOAกาวเหยื่อไม้กาว 2 หน้า 31 เอ็ม 5 เมตรดอกไม้จัดบอร์ดสบู่สื่อภาพประกอบการศึกษาฟิวเจอร์บอร์ดสีสำหรับทดสอบฟันคัดตอลบัด | 2020106850030063155951510286530195351518652015 | 1001501503211162215012512151652102 | 2,0003,0001,5002,1765003001,0083101902,25012014065601951752409013020030 |
| รวมทั้งสิ้น หนึ่งหมื่นสี่พันหกร้อยเจ็ดสิบเก้าบาทถ้วน | 14,679 |

**๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๗.๑ นักเรียนรักษาสุขภาพภายในช่องปากและแปรงฟันถูกวิธีด้วยตนเอง

๗.๒ นักเรียนลดการบริโภคขนมหวาน ลูกอม ขนมคบเคี้ยวและอื่น ๆ

๗.๓ นักเรียนมีสุขภาพภายในช่องปากและฟันดี

๗.๔ นักเรียนมีนิสัยรักความสะอาด

๗.๕ นักเรียนตรวจฟันด้วยตนเองและรู้ถึงสภาพของสุขภาพภายในช่องปากและฟัน

**๘. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการ ที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)

**๘.๑ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ.๒๕๕๗ ข้อ ๗)**

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน **โรงเรียนบ้านบือจะ**

 / ๘.๑.๑ หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 ๘.๑.๒ หน่วยสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 ๘.๑.๓ หน่วยสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 ๘.๑.๔ หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 ๘.๑.๕ กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

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

 / ๘.๒.๑ สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข (ข้อ ๗(๑))

๘.๒.๒ สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

 ข้อ ๗(๒))

๘.๒.๓ สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ ข้อ ๗(๓))

๘.๒.๔ สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ ข้อ ๗(๔))

๘.๒.๕ สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ ข้อ ๗(๕))

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

 ๘.๓.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ๘.๓.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียน

 / ๘.๓.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 ๘.๓.๔ กลุ่มวัยทำงาน

 ๘.๓.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

 ๘.๓.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 ๘.๓.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 ๘.๓.๘ กลุ่มปรุชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

**๘.๔ กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

๘.๔.๑ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 ๘.๔.๑.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๘.๔.๑.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๑.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 ๘.๔.๑.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๘.๔.๑.๕ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 ๘.๔.๑.๖ การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 ๘.๔.๑.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 ๘.๔.๑.๘ อื่น ฯ (ระบุ)……………………………………….

๘.๔.๒ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียน

 ๘.๔.๒.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๘.๔.๒.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๒.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 / ๘.๔.๒.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๘.๔.๒.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาอารมณ์

 ๘.๔.๒.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 / ๘.๔.๒.๗ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 ๘.๔.๒.๘ อื่น ฯ (ระบุ)……………………………………..

๘.๔.๓ กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 / ๘.๔.๓.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 / ๘.๔.๓.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 / ๘.๔.๓.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 / ๘.๔.๓.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 / ๘.๔.๓.๕ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาอารมณ์

 / ๘.๔.๓.๖ การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 ๘.๔.๓.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 ๘.๔.๓.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 ๘.๔.๓.๙ อื่น ฯ (ระบุ)…………………………………..

 ๘.๔.๔ กลุ่มวัยทำงาน

 ๘.๔.๔.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๘.๔.๔.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๔.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๘.๔.๔.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๘.๔.๔.๕ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 ๘.๔.๔.๖ การส่งเสริมและดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 ๘.๔.๔.๗ การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 ๘.๔.๔.๘ การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

 ๘.๔.๔.๙ อื่น ฯ (ระบุ)………………………………….

 ๘.๔.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ

 ๘.๔.๕.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๘.๔.๕.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๕.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๘.๔.๕.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๘.๔.๕.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 ๘.๔.๕.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 ๘.๔.๕.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 ๘.๔.๕.๘ อื่น ฯ (ระบุ)…………………………………

 ๘.๔.๖ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 ๘.๔.๖.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๘.๔.๖.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๖.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๘.๔.๖.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๘.๔.๖.๕ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 ๘.๔.๖.๖ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 ๘.๔.๖.๗ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 ๘.๔.๖.๘ การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 ๘.๔.๖.๙ อื่น ฯ (ระบุ)………………………….

 ๘.๔.๗ กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 ๘.๔.๗.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๘.๔.๗.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๗.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๘.๔.๗.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๘.๔.๗.๕ การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 ๘.๔.๗.๖ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 ๘.๔.๗.๗ การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 ๘.๔.๗.๘ อื่น ฯ (ระบุ)…………………………………

 ๘.๔.๘ กลุ่มปรุชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๘.๑ การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 ๘.๔.๘.๒ การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพและการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 ๘.๔.๘.๓ การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 ๘.๔.๘.๔ การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 ๘.๔.๘.๕ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 ๘.๔.๘.๖ อื่น ฯ (ระบุ)…………………………………

 ๘.๔.๙ สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ (ข้อ ๘(๔))

 ๘.๔.๙.๑ อื่น ๆ (ระบุ)........................................................................................................

 ลงชื่อ..................................................ผู้เสนอแผนงาน/โครงการกิจกรรม

 (นางสาวนริณี สาและ)

 ตำแหน่ง ครู คศ.๑ โรงเรียนบ้านบือจะ

วันที่ ๑๑ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๒

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

 ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน ที่......../25..............เมื่อวันที่..................................................................ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน..................................บาท

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

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

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

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

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

หมายเหตุเพิ่มเติม(ถ้ามี)

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

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

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

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายใน วันที่.....................................................................................

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

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

 ตำแหน่ง …………………………………………………………….

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

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

**ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ฟันสวย ยิ้มใส**

1. ผลการดำเนินงาน
2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

 ๒.๑ การบรรลุตามวัตถุประสงค์

บรรลุตามวัตถุประสงค์

ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

 ๒.๒ จำนวนผู้เข้าร่วมในแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **ฟันสวย ยิ้มใส**

 ๓. การเบิกจ่ายงบประมาณ

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

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

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

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

 ไม่มี

 มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

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

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

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

 (นางสาวนริณี สาและ)

 ตำแหน่ง ครู คศ.๑ โรงเรียนบ้านบือจะ

วันที่ เดือน ......................พ.ศ.๒๕๖๒