**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** |
| 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21 | แปรงสีฟันเด็ก  แปรงสีฟันใหญ่  แก้วน้ำใหญ่  ยาสีฟัน  ไวนิล  ของขวัญวิทยากร  รางวัลสำหรับเด็กฟันสวย  กระดาษดับเบิ้ล เอ  กระดาษชาร์ทสี A4  ผ้าขนหนู  กระดาษชาร์ทสีแผ่นใหญ่  พลาสติกหุ้มบอร์ด  กาว TOA  กาวเหยื่อไม้  กาว 2 หน้า 31 เอ็ม 5 เมตร  ดอกไม้จัดบอร์ด  สบู่  สื่อภาพประกอบการศึกษา  ฟิวเจอร์บอร์ด  สีสำหรับทดสอบฟัน  คัดตอลบัด | 20  20  10  68  500  300  63  155  95  15  10  28  65  30  195  35  15  18  65  20  15 | 100  150  150  32  1  1  16  2  2  150  12  5  1  2  1  5  16  5  2  10  2 | 2,000  3,000  1,500  2,176  500  300  1,008  310  190  2,250  120  140  65  60  195  175  240  90  130  200  30 |
| 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