**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน**

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

**เรียน** ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน

 ด้วยหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) **โรงเรียนบ้านโต๊ะชูด** มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ฟันสวย ยิ้มใส ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน เป็นเงิน ๑๗,๑๓๙ บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน / โครงการ /กิจกรรม ดังนี้

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

**๑. หลักการและเหตุผล**

สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปากให้ดีจึงมีผลต่อการมีสุขภาพกายที่ดีด้วย แต่ปัญหาสุขภาพช่องปากนั้นไม่ได้มีสาเหตุเกิดจากภายในช่องปากเพียงอย่างเดียว แต่มีตัวปัญหาซึ่งเกิดจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันด้วย ยกตัวอย่างเช่นโรคฟันผุซึ่งเป็นปัญหาในช่องปากที่พบได้ทั่วไป ก็มีปัจจัยร่วมหลายๆ อย่างที่ส่งเสริมให้เกิดโรคนอกเหนือไปจากเชื้อโรคในช่องปากเช่น อาจมาจากตัวบุคคลเองที่ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของสุขภาพช่องปากและการทำความสะอาดช่องปากของตนเองการอยู่ในครอบครัวที่ขาดการดูแลเอาใจใส่ หรือ สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวที่ไม่เอื้อต่อการใส่ใจสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้สื่อโฆษณาเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่มก็มีอิทธิพลอย่างมากในสังคมปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมต่างๆ ล้วนมีส่วนที่ทำให้เกิดโรคได้เช่นกัน

ดังนั้นทางโรงเรียนบ้านโต๊ะชูด จึงจัดโครงการ **ฟันสวย ยิ้มใส** ขึ้นในโรงเรียน เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนรักษาสุขภาพปากและฟันของตนเองจนเกิดเป็นนิสัย

**๒. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

๒.๑ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาความสะอาดในช่องปากและฟัน

๒.๒ เพื่อให้นักเรียนรู้จักและเข้าใจขั้นตอนการแปรงฟัน ดูแลช่องปากที่ถูกต้องถูกวิธี

๒.๓ เพื่อให้นักเรียนสามารถนำมาความรู้ที่ได้รับมาใช้ในชีวิตประจำวันได้

๒.๔ เพื่อให้นักเรียนรู้วิธีการตรวจฟันของตนเอง

**๓. วิธีดำเนินการ**

๓.๑ เสนอโครงการเพื่ออนุมัติ

๓.๒ ประสานงาน วิทยากรผู้ให้ความรู้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๓ จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ บุคลากรและสถานที่

๓.๔ ดำเนินงานตามโครงการที่กำหนด

 - ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

- กิจกรรมอบรมให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 1 วัน

- กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารมื้อเที่ยง
- กิจกรรมจัดบอร์ดความรู้การดูแลสุขภาพฟัน

๓.๕ สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

**๔. ระยะเวลาดำเนินการ**

1. ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓

**๕. สถานที่ดำเนินการ**

โรงเรียนบ้านโต๊ะชูด

**๖. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ**องค์การบริหารส่วนตำบลพิเทน** 17,139 บาท รายละเอียด ดังนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ที่** | **รายการ** | **บาท/หน่วย** | **จำนวน** | **รวมเงิน** |
| 1234567891011121314151617 | แปรงสีฟันเด็กแปรงสีฟันใหญ่แก้วน้ำใหญ่ยาสีฟันไวนิล ขนาด1.2 × 2.4ของขวัญวิทยากรกระดาษดับเบิ้ล เอกระดาษชาร์ทสี A4ผ้าขนหนูกระดาษชาร์ทสีแผ่นใหญ่พลาสติกหุ้มบอร์ดกาว TOAกาวเหยื่อไม้กาว 2 หน้า 31 เอ็ม 5 เมตรดอกไม้จัดบอร์ดสื่อภาพประกอบการศึกษาฟิวเจอร์บอร์ด | 20201545864300155951510286530195351865 | 122246184361122184125121552 | 2,4404,9202,7601,6208643003101902,760120140656019517590130 |
| รวมทั้งสิ้น หนึ่งหมื่นเจ๊ดพันหนึ่งร้อยสามสิบเก้าบาทถ้วน | 17,139 |

**๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

๗.๑ นักเรียน มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน

๗.๒ นักเรียนสามารถแปรงฟันได้อย่างถูกวิธี

๗.๓ นักเรียนมีสุขภาพในช่องปากและฟันดีขึ้นตามลำดับ

๗.๔ นักเรียนสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปถ่ายทอดขยายผลต่อเพื่อนและผู้ใกล้ชิดได้อย่างถูกต้อง

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 **โรงเรียนบ้านโต๊ะชูด**

 / 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

 (นางสาวรอไอนี ยะโกะ)

 ตำแหน่ง พนักงานราชการ โรงเรียนบ้านโต๊ะชูด

วันที่ ๑๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๓

**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

 (นางสาวรอไอนี ยะโกะ)

 ตำแหน่ง พนักงานราชการ โรงเรียนบ้านโต๊ะชูด

 วันที่ เดือน ......................พ.ศ.๒๕๖๓