**แผนงาน/กิจกรรมโครงการ แผนสุขภาพชุมชนกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์**

**กิจกรรมประเภทที่ 1 สนับสนุนหน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **แผนงาน/โครงการ** | **วัตถุประสงค์** | **กลุ่มเป้า**  **หมาย** | **พื้นที่ดำเนินการ** | **ตัวชี้วัด** | **กิจกรรรม** | **ระยะเวลาดำเนินการ** | **งบประมาณ** | **หน่วยงานที่รับผิดชอบ** |
| โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560 | 1.เพื่อสร้างแกนนำด้านทันตสุขภาพในชุมชน  2.เพื่อให้แกนนำด้านทันตสุขภาพในชุมชนมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและสามารถตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นได้  3.เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเชิงรุก  4.เพื่อให้ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง | ผู้สูงอายุ  ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | หมู่ 8 ,  หมู่ 9 ,  หมู่ 10 ,  หมู่ 11  หมู่ 13  และหมู่ 14 ตำบลลำพาน | 1.หมู่บ้านมีแกนนำด้านทันตสุขภาพ ร้อยละ 100  2.แกนนำด้านทันตสุขภาพในชุมชนมีความรู้และสามารถตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นได้ ร้อยละ 100  3.ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเชิงรุกร้อยละ 80  4.ประชาชนที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง ร้อยละ 100 | 1.จัดประชุมชี้แจงแก่  อสม./ผู้นำชุมชน  2.อบรมเชิงปฎิบัติการแกนนำด้านทันตสุขภาพในชุมชน  3.รณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเชิงรุกแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่  -ผู้สูงอายุ  -ผู้พิการ  -ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  4.ให้บริการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก  5.สรุปผลการดำเนินงาน | 1 ต.ค.59-  30 ก.ย.60 | |  | | --- | | กองทุนหลักประกันสุขภาพ | | ทต.ลำพาน ดังนี้ | | 1.อบรมเชิงปฏิบัติการแกน  นำทันตกรรมในชุมชน | | - ค่าอาหารและอาหารว่าง | | 50คนx100บาทx2วัน  =10,000บาท | | รวมทั้งสิ้น 10,000 บาท | | (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) | | รพ.สต.  ดงเมือง |

**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ กองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์

จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลลำพาน

ด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง ตำบลลำพาน มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปีงบประมาณ 2560 โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน เป็นเงิน 10,000 บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

1.เพื่อสร้างแกนนำด้านทันตสุขภาพในชุมชน

2.เพื่อให้แกนนำด้านทันตสุขภาพในชุมชนมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและสามารถตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นได้

3.เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเชิงรุก

4.เพื่อให้ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

**2. วิธีดำเนินการ**

1.จัดประชุมชี้แจงแก่ อสม./ผู้นำชุมชน

2.อบรมเชิงปฎิบัติการแกนนำด้านทันตสุขภาพในชุมชน

3.รณรงค์ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเชิงรุกแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

-ผู้สูงอายุ

-ผู้พิการ

-ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4.ให้บริการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

5.สรุปผลการดำเนินงาน

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

1 ตุลาคม 2559 - 30 กันยายน 2560

**4. สถานที่ดำเนินการ**

ในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 8 , หมู่ 9 , หมู่ 10 ,หมู่ 11 , หมู่ 13 และ หมู่ 14 ตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

**5. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลลำพาน อำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 10,000 บาท รายละเอียด ดังนี้

|  |
| --- |
| 1.อบรมเชิงปฏิบัติการแกนนำทันตกรรมในชุมชน |
| - ค่าอาหารและอาหารว่าง 50 คน x 100 บาท x 2 วัน เป็นเงิน 10,000บาท  รวมทั้งสิ้น 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) |

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เกิดเครือข่ายแกนนำด้านทันตสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนในชุมชน

2. ประชาชนมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ประชาชนที่พบปัญหาสุขภาพช่องปากได้การรักษาและส่งต่ออย่างทันเวลา

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

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

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง

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 [ข้อ 7(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 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

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 การส่งสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

7.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

7.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

7.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

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/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

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

( นางวิไลรัตน์ สุทธิประภา )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงเมือง

14 กุมภาพันธ์ 2560

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