- (ตัวอย่าง) สามารถปรับได้ตามระเบียบของหน่วยขอรับงบ -

**โครงการสร้างเสริมสุขภาพฟันในเด็ก**

เรื่อง ขอเสนอ โครงการสร้างเสริมสุขภาพฟันในเด็ก

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน (ระบุชื่อ) (หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข)   
มีความประสงค์จะจัดทำ โครงการสร้างเสริมสุขภาพฟันในเด็ก ในปีงบประมาณ -xxxx- โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ.............................เป็นเงิน -xxxxxx- บาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

**หลักการเหตุผล** จากสถานการณ์โรคระบาดโควิดส่งผลกระทบต่อการเปิดโรงเรียนมีผลให้การจัดบริการเชิงรุก  
ของหน่วยบริการทำได้ไม่เต็มที่ และส่งผลให้การเข้ารับบริการที่หน่วยบริการลดลง ประกอบกับปัญหาสุขภาพฟันสำหรับเด็กถือเป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งผู้ปกครองควรได้รับความรู้และมีความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพฟันสำหรับเด็กอย่างถูกวิธี โดยจะเป็นการดูแลป้องกันเบื้องต้นไม่ให้เด็กมีปัญหาสุขภาพฟัน การจัดทำโครงการดังกล่าวจึงมีส่วนสนับสนุนส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรมสำหรับเด็กให้ได้รับบริการเคลือบฟลูออไรด์/เคลือบหลุมร่องฟัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้กับเด็กในพื้นที่เข้าถึงบริการสาธารณสุข  
ได้อย่างทั่วถึง

ดังนั้น เพื่อให้การจัดบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น  
โดยเป็นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคให้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง (หน่วยขอรับงบ ......................................) จึงจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพฟันในเด็ก เพื่อให้เด็กในพื้นที่ได้รับบริการเคลือบฟลูออไรด์/เคลือบหลุมร่องฟัน โดยขอการสนับสนุนจากกองทุน...............................................................

**1. วัตถุประสงค์**

1.1 เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลสุขภาพฟันอย่างถูกวิธี

1.2 เพื่อให้ผู้ปกครอง มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพฟันสำหรับเด็กอย่างถูกวิธี

1.3 เพื่อให้เด็กได้รับส่งไปตรวจสุขภาพฟันและรับการเคลือบฟลูออไรด์/เคลือบหลุมร่องฟัน

1.4 เพื่อให้เด็กสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับชุมชน

**2. วิธีดำเนินการ**

2.1 จัดทำโครงการตามรูปแบบของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

2.2 ให้ความรู้ดูแลสุขภาพฟันให้กับผู้ปกครองและเด็ก (ตามรูปแบบแนวทางของหน่วยขอรับงบ)

2.3 สำรวจและตรวจสุขภาพฟันเด็กเบื้องต้น

2.4 จัดทำทะเบียนเพื่อนัดหมายเด็กไปตรวจสุขภาพฟันและรับการเคลือบฟลูออไรด์/เคลือบหลุมร่องฟัน

2.5 จัดเตรียมวัสดุ/อุปกรณ์ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค (กรณีสถานการณ์  
โรคโควิด-19 ยังแพร่ระบาดในพื้นที่)

2.6 จัดพาหนะรับ-ส่งเด็ก เพื่อไปตรวจสุขภาพฟันและรับการเคลือบฟลูออไรด์/เคลือบหลุมร่องฟัน   
พร้อมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง พร้อมจัดอาหารรองรับในระยะเวลาการเดินทาง

2.7 จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ พร้อมจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการกองทุนทราบเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

**3. กลุ่มเป้าหมาย**  เด็ก/นักเรียน  **จำนวน** -xxx- **คน**

**4. ระยะเวลาดำเนินการ**

ตามสถานการณ์การแก้ไขปัญหาสุขภาพและความจำเป็นในพื้นที่

**5. สถานที่ดำเนินการ**

พื้นที่รับผิดชอบของกองทุนฯ

**6. งบประมาณ**

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ....................................................................................................   
จำนวน -xxxxx- บาท รายละเอียด ดังนี้

6.1 ค่าพาหนะรับ-ส่งเด็กที่มีปัญหาสุขภาพฟันและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นเงิน -xxxx- บาท

(ตามอัตราของระเบียบหน่วยงานที่รับงบ)

6.2 ค่าอาหารและเครื่องดื่ม (ตามอัตราของระเบียบหน่วยงานที่รับงบ) เป็นเงิน -xxxx- บาท

6.3 ค่าวัสดุ/อุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น เป็นเงิน -xxxx- บาท

(กรณีสถานการณ์โรคโควิด-19 ยังแพร่ระบาดในพื้นที่)

6.4 ค่าวัสดุ/อุปกรณ์ ที่เกี่ยวข้อง เป็นเงิน -xxxx- บาท

6.5 ค่าป้ายประชาสัมพันธ์ ไวนิล เป็นเงิน -xxxx- บาท

6.6 ค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน เป็นเงิน -xxxx- บาท

**7. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

7.1 เด็กได้รับการดูแลสุขภาพฟันอย่างถูกวิธี

7.2 ผู้ปกครอง มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพฟันสำหรับเด็กอย่างถูกวิธี

7.3 เด็กได้รับส่งไปตรวจสุขภาพฟันและรับการเคลือบฟลูออไรด์/เคลือบหลุมร่องฟัน

7.4 เด็กเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับชุมชน

**8. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว   
โดยสามารถลงรายการได้มากกว่า 1 รายการ สำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น )**

**8.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มประชาชน ที่รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม*** **(ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

**ชื่อ(หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่ม*ประชาชน)*................................................................................................**

🖵 1. หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต. [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. หน่วยงานสาธารณสุข เช่น อปท. [ข้อ 10 (1)]

🖵 3. หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ. [ข้อ 10 (1)]

🖵 4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน [ข้อ 10 (2)]

🖵 5. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 6. ศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ [ข้อ 10 (3)]

🖵 7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) [ข้อ 10 (4)]

**8.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)**

🖵 1. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงาน สาธารณสุข [ข้อ 10 (1)]

🖵 2. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กร หรือกลุ่มประชาชน [ข้อ 10 (2)]

🖵 3. สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์ฯ หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์ฯ (เด็กเล็ก/ ผู้สูงอายุ/คนพิการ) [ข้อ 10 (3)]

🖵 4. สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 5. สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10 (5)]

**8.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵 1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด จำนวน คน

🖵 2. กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน คน

🖵 3. กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จำนวน คน

🖵 4. กลุ่มวัยทำงาน จำนวน คน

🖵 5. กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน คน

🖵 6. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน คน

🖵 7. กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ จำนวน คน

🖵 8. กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง จำนวน คน

🖵 9. สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]

🖵 10. กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ) จำนวน คน

**8.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

🖵 **8.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

🖵 6. การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵 7. การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

🖵 6. การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.4 กลุ่มวัยทำงาน**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

🖵 6. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

🖵 7. การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

🖵 8. การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

🖵 8. การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

🖵 9. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

🖵 6. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

🖵 7. การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

🖵 8. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง**

🖵 1. การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

🖵 2. การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

🖵 3. การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

🖵 4. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

🖵 5. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

🖵 6. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

🖵 **8.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10 (4)]**

🖵 1. ค่าใช้จ่ายในการประชุม

🖵 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

🖵 3. ค่าใช้จ่ายในการอบรม/พัฒนาศักยภาพ

🖵 4. ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์

🖵 5. ค่าใช้จ่ายอื่น (ระบุ) ...........................................................................................................

🖵 **8.4.10 กลุ่มอื่น ๆ (ระบุ).................................................................**

🖵 1. อื่น ๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

( )

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

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

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................  
ครั้งที่ /25 เมื่อวันที่ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

🖵 **งบประมาณที่เสนอ** จำนวน บาท

🖵 **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 (ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

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

**1. ผลการดำเนินงาน**

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

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

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

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

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์**

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