**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุ เหล็กในเด็กวัยเรียน**

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) **อปท.** มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม **โครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน** ในปีงบประมาณ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นเงิน บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

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

**หลักการเหตุผล** ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ ภาวะที่ร่างกายมีการขาดหรือพร่องธาตุเหล็กซึ่งทำให้มีปริมาณธาตุเหล็กไม่เพียงพอ ที่จะนำไปสร้างเม็ดเลือดแดงได้เป็นผลให้ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงหรือความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือดต่ำกว่าปกติ จะพบว่ามีอาการซีดของเล็บและเปลือกตาด้านในด้วย

จากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน – 12 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey(SENUTS) เด็กไทยกลุ่มปฐมวัยมีความชุกโลหิตจางสูงในเขตชนบทถึงร้อยละ 41.7 และเขตเมืองมีความชุกร้อยละ 26 โลหิตจางในเด็กมีสาเหตุหลักมาจาก 1) การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่พียงพอในขณะที่ร่างกายเด็กกำลังเจริญเติบโตจึงต้องการธาตุเหล็กมากขึ้น และ 2) สาเหตุจากการเสียเลือด อาจเกิดเฉียบพลัน เช่น เลือดออกจากแผลอุบัติเหตุต่างๆ หรือจากเลือดออกเรื้อรัง เช่น พยาธิปากขอ มีแผลในกระเพาะอาหาร และการเสียเลือดจากประจำเดือนในเด็กหญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น ทั้งนี้ การขาด/พร่องธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ก่อ ให้เกิดโลหิตจางในเด็ก และเป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดของภาวะขาดสารอาหาร ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ธาตุเหล็กมีมากในสมองเป็นส่วนประกอบของไมอีลินชีท นิวโรทรานสมิตเตอร์ และมีส่วนสำคัญในการป้องกันเชื้อโรค ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงส่งผลเสียต่อการทำงานด้านกายภาพ การสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันการเจ็บป่วย และพัฒนาการของสมองของเด็กก่อนวัยเรียน โดนเฉพาะเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปีอีกทั้งส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร ลดประสิทธิภาพในการเรียนของเด็กวัยเรียน และอาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้แนะนำให้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กวัยเรียน อายุ 6-12 ปี และหญิงวัยเจริญพันธุ์ นอกจากนั้นยังแนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง เมื่อเด็กอายุ 6-12 เดือน 3-6 ปี และคัดกรองเพิ่มเติมสำหรับวัยรุ่นหญิงที่เริ่มมีประจำเดือน ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มวัยเด็กและเยาวชน และหญิงวัยเจริญพันธ์ ดังนั้นการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำโครงการป้องกันและแก้ไขโรคโลหิตจางที่เกิดจากธาตุเหล็กในเด็ก (จ่ายเพิ่มเติม) จะช่วยกระตุ้นการเข้าถึงบริการป้องกันโลหิตจางของเด็กปฐมวัยและเด็กโตให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**1. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. เพื่อให้เด็กนักเรียน ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

 2. เพื่อให้เด็กนักเรียน ป.1 (และ ม.1 ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจาง

กลุ่มเป้าหมาย : เด็กนักเรียน ชั้นป.1-6 ในโรงเรียน……………………….จำนวน........................คน

 เด็กนักเรียนชั้น ม.1-6 ในโรงเรียน ...........................จำนวน........................คน

**ตัวชี้วัด 1ร้อยละ……..ของ**เด็กนักเรียน ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก

 2.**ร้อยละ……..ของ**เด็กนักเรียน ป.1 (และ ม.1 ถ้ามีระดับมัธยม) ได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจาง

**2. วิธีดำเนินการ**

 1. ผู้บริหารท้องถิ่นตกลงเงื่อนไขและค่าใช้จ่ายบริการยาเสริมธาตุเหล็กและการตรวจคัดกรอง และรักษาภาวการณ์ขาดธาตุเหล็กของนักเรียน กับหน่วยบริการและหน่วยบริการเครือข่าย

 2. ประชาสัมพันธ์โครงการให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบและเชิญชวน พ่อแม่ หรือผู้ปกครอง อนุญาตให้นักเรียน เข้าร่วมโครงการ

 3. ประสานความร่วมมือกับโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็ก การตรวจคัดกรองโลหิตจาง และรับการรักษาหากมีภาวะโลหิตจาง

 4. ท้องถิ่นร่วมกับโรงเรียนจัดทำทะเบียนเข้าร่วมโครงการและทะเบียนบริการแจกแจงรายชื่อนักเรียน ป.1-6

(และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) เพื่อสะดวกต่อการบริการและบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่

 5. จนท.สาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่ายออกดำเนินการที่โรงเรียน เพื่อให้ยาเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กเป็นรายคนทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม52ครั้งต่อปี

 6. จนท.สาธารณสุขของหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่ายออกดำเนินการที่โรงเรียน เพื่อตรวจคัดกรองโลหิตจางนักเรียน ป.1 (และม.1)

 7. ครูประจำชั้นหรือนักเรียน ลงชื่อในทะเบียนบริการ เมื่อนักเรียนได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง

 8. กรณีหากตรวจคัดกรองพบว่านักเรียนมีภาวะโลหิตจาง จนท.สาธารณสุขจ่ายยาเสริมธาตุเหล็กให้การรักษาอย่างน้อย 3 เดือนหรือแล้วแต่กรณี และบันทึกในทะเบียนบริการ พร้อมให้ครูประจำชั้นหรือนักเรียนลงชื่อ

 9. หน่วยบริการส่งหนังสือพร้อมทะเบียนบริการเรียกเก็บเงินจากท้องถิ่น

 10. ท้องถิ่นตรวจสอบทะเบียนบริการเทียบกับรายชื่อลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ และทำเรื่องเบิกค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการพร้อมขอหลักฐานใบสำคัญรับเงิน

 11. สรุปและติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส และสรุปผลเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ

แผนการดำเนินงาน

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรม | ระยะเวลาดำเนินการ | ผู้รับผิดชอบ | หมายเหตุ |
| ไตรมาส 1 | ไตรมาส 2 | ไตรมาส 3 | ไตรมาส 4 |
| 1. การเจรจาตกลงกับหน่วยบริการ |  |  |  |  |  |  |
| 2. ประสานความร่วมมือกับ รร. |  |  |  |  |  |  |
| 3. การประชาสัมพันธ์โครงการ |  |  |  |  |  |  |
| 4. การทำทะเบียนเข้าร่วมโครงการและทะเบียนบริการ |  |  |  |  |  |  |
| 5. จนท.ออกให้บริการที่ รร. |  |  |  |  |  |  |
| 6. หน่วยบริการส่งผลงานทุกไตรมาส |  |  |  |  |  |  |
| 7. ตรวจสอบทะเบียนบริการและเบิกจ่าย พร้อมลงบัญชี |  |  |  |  |  |  |
| 8. ติดตามและสรุปผลรายไตรมาส และเสนอที่ประชุมฯ |  |  |  |  |  |  |
| 9. ประเมินและสรุปผลการดำเนินงาน –สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือแบบสอบถาม |  |  |  |  |  |  |

**3. ระยะเวลาดำเนินการ**

**4. สถานที่ดำเนินการ** องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/หน่วยบริการ

**5. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ
จำนวน บาท รายละเอียด ดังนี้

1. ค่าวัสดุสำนักงาน (ทำทะเบียน) เป็นเงิน..............................................บาท
2. ค่าจ้างเหมาจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นเงิน………………………………..... บาท

 3. ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ สำหรับยาเสริมธาตุเหล็กแก่เด็ก ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) คนละ 52 ครั้งต่อปี ครั้งละ 2-5(หรือ 5-7) บาท จำนวน.........คน จำนวน............ครั้ง เป็นเงิน................................... บาท

 4. ค่าจ้างเหมาตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กชั้นป.1 (และม.1) และรักษา จำนวน......... คนๆละ (20-30) บาท เป็นเงิน.............................................. บาท

 5. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อ สัมภาษณ์.............................................บาท

 ( ทุกรายการถัวเฉลี่ยจ่าย)

**การประเมินผล**

 **ความสำเร็จของโครงการ พิจารณาจาก**

 1. จำนวนเด็ก ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ที่เข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ทั้งหมดใน รร.โดยคิดเป็นร้อยละ (เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่เข้าร่วมโครงการได้จากทะเบียนและ เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ทั้งหมดใน รร.ได้จากการทะเบียนของ รร.)

 2. จำนวนเด็ก ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ (ตรวจสอบจากทะเบียนบริการ
ที่หน่วยบริการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย และทะเบียนเข้าร่วมโครงการ)

 3. จำนวนเด็ก ป.1 (และม.1) ที่มีระดับ Hct หรือ Hb อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เปรียบเทียบกับจำนวนเด็ก ป.1 (และม.1) ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดโดยคิดเป็นร้อยละ

 4. จากการสำรวจความพึงพอใจของพ่อแม่หรือผู้ปกครองและครูประจำชั้น โดยคิดเป็นร้อยละ (ดำเนินการสอบถามตามแบบที่กำหนดทางโทรศัพท์)

**6. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 เด็กนักเรียนได้รับการตรวจคัดกรองโลหิตจางและยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อพัฒนาการทีดีเหมาะสมตามวัย

**7. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

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

**7.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ* (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7) ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน *อปท.***

 ☑ 7.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

**7.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2557 ข้อ 7)**

 ☑ 7.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 7(1)]

**7.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก (ตามแนบท้ายประกาศคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฯ พ.ศ. 2557)**

 ☑ 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

**7.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 ☑ 7.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 ☑ 7.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

**ภาคผนวก**

เงื่อนไขและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมกับหน่วยบริการ

 -หน่วยบริการให้การดูแลตามคู่มือแนวทาง การควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

 -หน่วยบริการจัดส่ง จนท.สาธารณสุข ไปที่ รร. ให้บริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้ครูประจำชั้นหรือนักเรียน ลงชื่อในทะเบียนบริการ(ที่ท้องถิ่นจัดเตรียมให้) เมื่อเด็กได้รับบริการยาเสริมธาตุเหล็กและหรือตรวจคัดกรองโลหิตจาง

 -หน่วยบริการให้การรักษากรณีที่นักเรียนมีภาวะโลหิตจางและหรือวินิจฉัยหาสาเหตุ

 -หน่วยบริการบันทึกรายละเอียดเพิ่มเติมในทะเบียนบริการและเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากท้องถิ่น

 -อื่นๆ ตามที่เห็นชอบร่วมกัน

แนวทางการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก

|  |  |
| --- | --- |
| กลุ่ม | ปริมาณยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันโลหิตจาง |
| 1. เด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม | 12.5 มิลลิกรัม ทุกวัน เริ่มตั้งแต่อายุ 2 เดือนขึ้นไป |
| 2. เด็กอายุ 6 เดือน – 2 ปี | 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง |
| 3. เด็กอายุ 2 – 5 ปี | 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง |
| 4. เด็กอายุ 5 – 12 ปี | 60 มิลลิกรัม สัปดาห์ละครั้ง |
| 5. หญิงวัยเจริญพันธุ์ | 60 มิลลิกรัม และกรดโฟลิก 2,800 ไมโครกรัม สัปดาห์ละครั้ง |

ค่า Hct หรือ Hb ปกติ (ถ้าค่าน้อยกว่าที่กำหนดในตาราง ถือว่าเป็นโลหิตจาง)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| อายุหรือเพศ | ฮีโมโกลบิน (Hb: กรัม/เดซิลิตร) | ฮีมาโตคริต (Hct: %) |
| 1. เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี | 11 | 33 |
| 2. เด็กอายุ 5-11 ปี | 11.5 | 34 |
| 3. เด็กอายุ 12-14 ปี | 12 | 36 |
| 4. หญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) | 12 | 36 |

ทะเบียนเด็ก ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม)ที่เข้าร่วมโครงการ เรียงตามระดับชั้น(ทำในรูปแบบไฟล์ excel และขยายช่องมากกว่าที่แสดงได้ เช่น เพิ่มช่องการเรียกเก็บจากหน่วยบริการ เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ข้อมูลส่วนหนึ่งได้มาจากฐานข้อมูล รร./การดึงฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)

โรงเรียน.................ชั้น ป........ห้อง...........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อนามสกุลเด็ก | ชื่อนามสกุล(พ่อแม่) | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ |
| เลขที่ | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์(พ่อแม่) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ทะเบียนบริการให้ยาเสริมธาตุเหล็ก(ส่งให้หน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย)

โรงเรียน.................ชั้น ป........ห้อง...........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อนามสกุล เด็ก | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ | สัปดาห์ที่ /ลงลายมือชื่อนักเรียนหรือครูประจำชั้น |
| เลขที่ | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ทะเบียนบริการคัดกรองโลหิตจาง(ส่งให้หน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย)

โรงเรียน.................ชั้น ป........ห้อง...........

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อนามสกุล เด็ก | ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ | ลงลายมือชื่อนักเรียนหรือครูประจำชั้น |
| เลขที่ | ถนน | หมู่ | ตำบล | อำเภอ | จังหวัด | โทรศัพท์ | คัดกรอง | ผล(ปกติ/ผิดปกติ) | รักษา |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

การสำรวจความพึงพอใจ

โดยใช้แบบสอบถาม ให้พ่อแม่หรือผู้ปกครอง ครูประจำชั้น ตอบด้วยตนเองหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

 ตัวอย่างข้อความแบบสั้น

 ตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..................ได้จัดทำโครงการ.................เพื่ออำนวยความสะดวกแก่บุตรหลานของท่านในการเข้าถึงบริการยาเสริมธาตุเหล็กและตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก ป.1-6 (และ ม.1-6 ถ้ามีระดับมัธยม) และคุณ.......................เป็นผู้ปกครองหรือครูประจำชั้น ที่เข้าร่วมในโครงการนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาปรับปรุงบริการของโครงการ จึงขอความกรุณาจากท่านได้ให้คะแนนความพึงพอใจ โดยกาเครื่องหมายหน้าหมายเลขหรือบอกเลขที่แสดงระดับความพึงพอใจนั้น

 🞏 1 หมายความว่า พึงพอใจน้อยที่สุด

 🞏 2 หมายความว่า พึงพอใจน้อย

 🞏 3 หมายความว่า พึงพอใจปานกลาง

 🞏 4 หมายความว่า พึงพอใจมาก

 🞏 5 หมายความว่า พึงพอใจมากที่สุด

 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง......................................................................